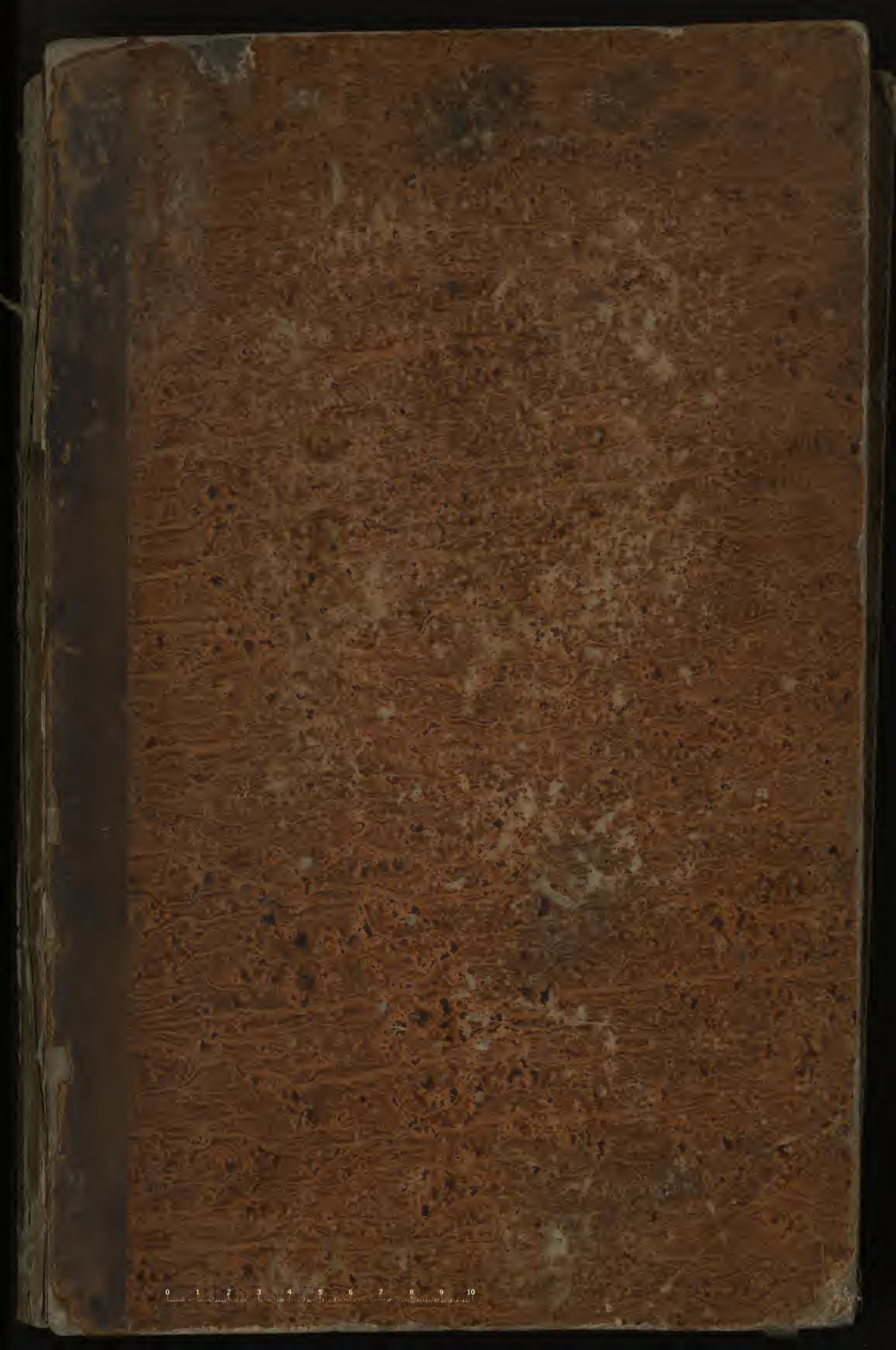
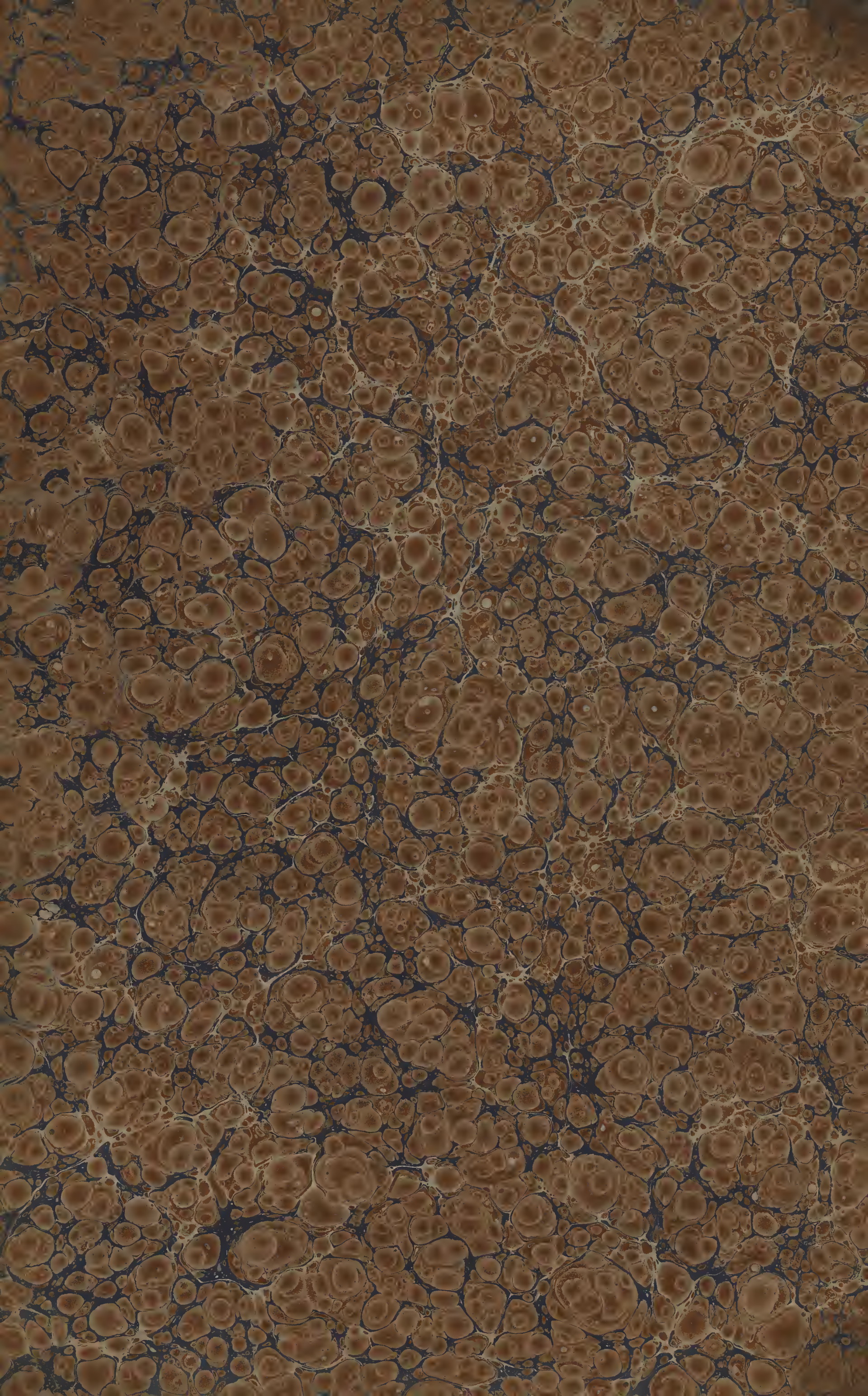
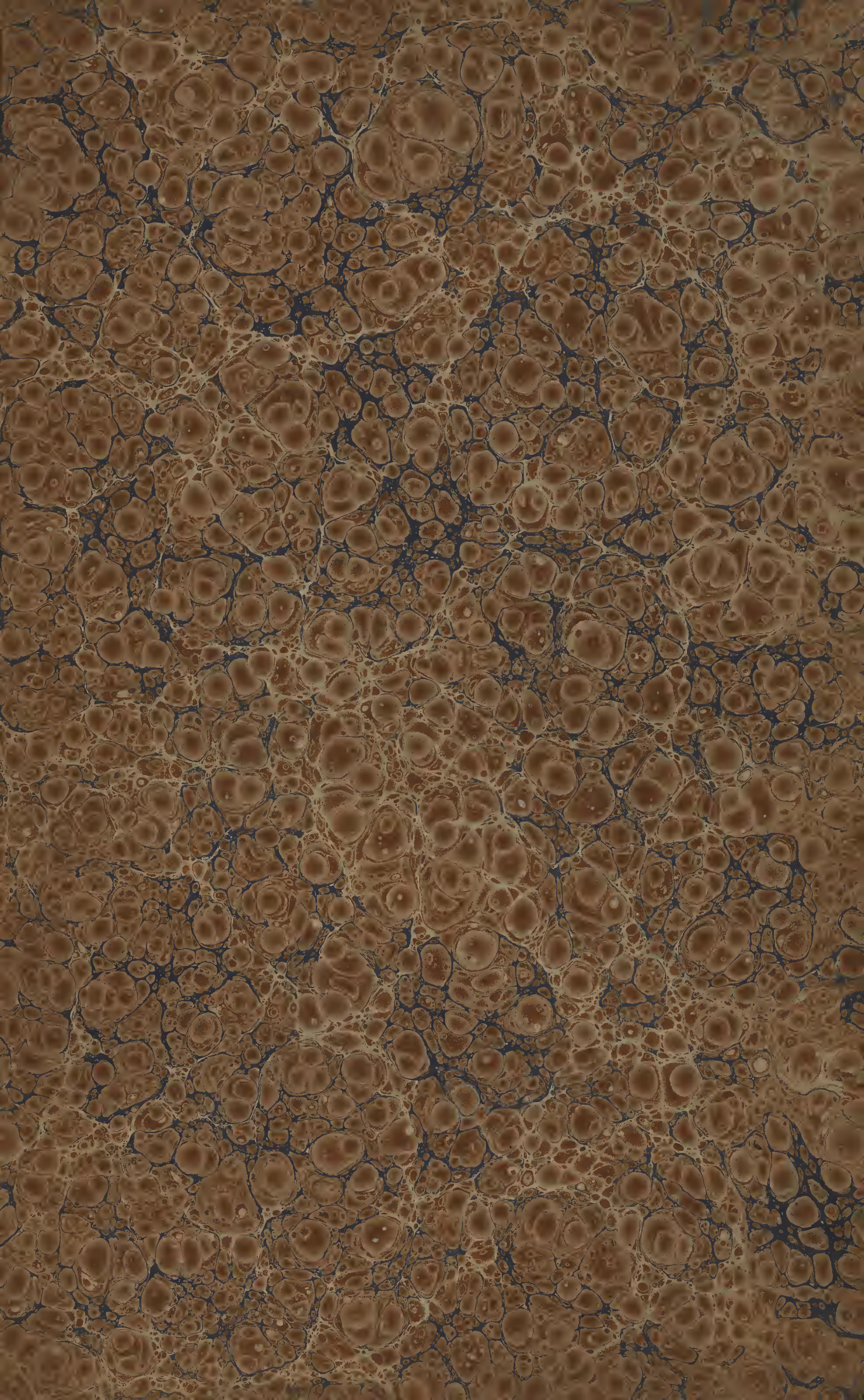








NOUVELLES

DÉMONSTRATIONS

D'ACCOUCHEMENS,

Avec des planches en taille-douce, accompagnées d'un texte raisonné propre à en faciliter l'explication, format in-folio;

PAR J.-P. MAYGRIER,

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris, Professeur d'accouchemens, de Maladies des femmes et des enfans; Membre de l'Académie royale de Médecine et de plusieurs Sociétés Médicales, tant nationales qu'étrangères; Médecin du Bureau de Charité du dixième Arrondissement.

1 LIVRAISON.

Prix : 4 fr., papier ordinaire, et 8 fr., papier vélin.

A PARIS,

Chez BÉCHET jeune, Libraire de l'Académie royale de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4, où la souscription est ouverte.

SEPTEMBRE 1826.

NOUVELLES

DÉMONSTRATIONS

D'ACCOUCHEMENS,

Avec des planches en taille-douce, accompagnées d'un texte raisonné, propre à en faciliter l'explication, format in-folio.

PAR J.-P. MAYGRIER,

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris, Professeur d'Accouchemens, de Maladies des femmes et des enfans; Médecin du Bureau de Charité du dixième Arrondissement, Membre de plusieurs Sociétés médicales.

A PARIS,

BÉCHET, LIBRAIRE, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N°. 8.

1822.



C. BALLARD, IMPRIMEUR DU ROI, RUE J.-J. ROUSSEAU, N°. 8.



J. P. Maygrier,

D. M.

Professeur d'Accouchemens,

Membre de l'Académie Royale de Médecine.

AVANT-PROPOS.

On ne peut disconvenir que l'étude des accouchemens n'ait fait en France de grands progrès depuis un demi-siècle. Tous les ouvrages publiés sur cette matière, dans cet intervalle, en fournissent la preuve incontestable; quelque soin cependant qu'aient pris leurs auteurs d'en faire connaître avec exactitude les particularités les plus remarquables et les plus minutieuses même, quelqu'attention qu'ils aient donnée à la description des parties anatomiques de la femme et de l'enfant, relatives aux accouchemens, ainsi qu'à la démonstration du Manuel de tous les Accouchemens difficiles, il restait néanmoins une foule d'objets sur lesquels on n'avait encore que des notions fort incomplètes. La science pratique des accouchemens ne s'apprend point dans les livres; c'est auprès des femmes en travail, c'est en les soignant pendant leur grossesse, que l'homme de l'art peut acquérir ce coup-d'œil, cette habitude, qui seuls en font un praticien habile, et sans lesquels il ne sera jamais qu'un accoucheur maladroit, quand il n'est pas un opérateur dangereux.

Livré depuis un grand nombre d'années à l'enseignement des accouchemens, j'avais été plus d'une fois étonné moi-même des difficultés que j'éprouvais à rendre sensibles, aux élèves qui suivaient mes cours, certaines démonstrations pour lesquelles les secours seuls de la parole étaient insuffisans. Frappé de cet inconvénient, je conçus le projet d'un ouvrage, dans lequel je me proposais de représenter, à l'aide du dessin, ce qui me paraissait impossible de faire connaître sans ce moyen puissant de parler aux yeux, et de suppléer par là aux occasions qui manquent si souvent aux jeunes accoucheurs de se former à l'étude pratique des accouchemens. Plusieurs essais furent tentés, j'en fus peu satisfait, et, malgré tous les soins que j'y apportai, ils furent tous infructueux. Les artistes que j'avais consultés à cette époque ne me comprenaient pas; ceux que j'avais employés n'avaient que faiblement rempli mon attente, et j'étais sur le point d'abandonner mon projet, lorsqu'un heureux concours de circonstances favorables vint tout à coup ranimer mon courage, et me fit entrevoir la possibilité d'arriver enfin au but que je m'étais proposé. Le succès jusqu'ici n'a point trahi mes espérances; au moment où j'écris, l'ouvrage que je publie par souscription, sous le titre de *Nouvelles Démonstrations d'Accouchemens*, et dont il a paru cinq livraisons, se poursuit avec activité (1). Non-seulement il a été favorablement accueilli, mais plusieurs médecins très-distingués, dans le compte qu'ils en ont rendu dans les journaux, ont bien voulu me donner des éloges dont j'apprécie toute la délicatesse et que je m'efforcerai de justifier de plus en plus par le soin particulier que je ne cesserai de donner à mon entreprise.

Formé sur un plan très-vaste, mon ouvrage n'a, avec tous ceux qui ont paru

(1) L'Avis et l'Introduction de mes *Nouvelles Démonstrations d'Accouchemens* n'ont été imprimés qu'après la publication de la 5me. livraison.

jusqu'à ce jour sur la même matière, aucune espèce de rapport. L'idée en est entièrement neuve, au moins pour l'exécution. Dans cet ouvrage, en effet, tout ce qui peut se voir ou se toucher en accouchement sera fidèlement représenté par des dessins gravés, dont l'exactitude la plus scrupuleuse le disputera à une perfection qu'on n'a jamais rencontrée dans ces sortes de compositions. Ce sera proprement dit la *démonstration pittoresque* ou *graphique* des accouchemens.

Il existe un assez grand nombre d'ouvrages d'accouchemens avec des planches; mais il suffit de jeter un coup-d'œil sur ces dernières pour être convaincu et de leur mauvaise exécution et de leur insuffisance pour se former à l'étude pratique des accouchemens. On ne peut donc se le dissimuler, cette branche de l'art attendait depuis long-tems un ouvrage *ex professo*, dans lequel l'auteur devait surtout s'appliquer à rendre, par le secours du dessin et de la gravure, l'ensemble des objets dont se compose la science pratique des accouchemens. Je ne sais jusqu'à quel point je suis parvenu à remplir cette tâche assez difficile; étant le premier qui en ait conçu l'idée, il serait possible que je n'eusse pas de suite atteint le but désiré. La publication successive et complette des livraisons de mon ouvrage pourra seule décider cette question.

Je ne dois pas terminer cet avant-propos sans adresser des remercîmens aux différentes personnes qui m'ont puissamment secondé. Je place au premier rang M. le docteur *Bréchet*, chef des travaux anatomiques de la Faculté de Médecine de Paris, qui s'est empressé de mettre à ma disposition tout ce qui pouvait m'être utile pour le succès de mon entreprise, et dont les avis éclairés m'ont été très-profitables; j'en dirai autant de M. le docteur *Laniscard*, qui a exécuté avec beaucoup d'habileté toutes les préparations dont j'avais besoin. Mon prévôt, M. le docteur *Ozenne*, m'a également donné des preuves de zèle et de discernement pour tous les détails dont il est chargé. Enfin, j'ai cru devoir, dans l'intérêt de mon ouvrage, prendre l'avis de plusieurs artistes distingués qui ont bien voulu jeter un coup-d'œil sur mes travaux, et M. *Desains*, élève de David, m'a donné entre autres, des conseils très-utiles.

M. *Chazal*, dessinateur de l'ouvrage, n'a pas besoin de mes éloges : son crayon et son pinceau, interprètes fidèles de son talent, parlent assez pour lui.

INTRODUCTION.

L'homme ct la femme, eréés sur un modèle semblable en apparence, n'offrent aux regards de la multitude de différence individuelle que dans la taille et dans la force musculaire. L'homme est plus grand que la femme, dit le vulgaire, il est aussi le plus fort; là se bornent ses connaissances physiologiques. Sans s'arrêter à ees notions superficielles, l'observateur éclairé portc plus loin ses regards pénétrans; l'étude approfondie qu'il a dû faire d'un objet aussi important lui donne les moyens de découvrir entre l'homme et la femme une foule de nuances, de modifications qu'on ne peut apercevoir au premier eoup-d'œil. Sans doute l'homme doit être le plus fort; il faut aussi qu'il soit d'une taille plus élevée. C'est lui en effet qui doit veiller à la sûreté et à la eonservation de la famille; c'est lui qui doit pourvoir aux besoins de sa femme et des enfans qui naissent de son union avec elle. Mais, quelle que soit l'idée que l'on attache à la beauté de la taille, son élévation n'a réellement de prix, qu'autant que toutes les autres parties de l'organisation sont dans la plus parfaite harmonie; car, outre que les hommes les plus grands ne sont pas toujours le plus heureusement partagés sous le rapport des facultés intcllectuelles, cette élévation de la taille, quand elle est exagérée, loin d'être avantageuse, devient nuisible au contraire : on observe en effet que les individus d'une taille gigantesque, ordinairement grêles et débiles, sont également inhabiles à parcourir de longs espaces et à exécuter des travaux fatigans. C'est en jetant ses regards sur les admirables travaux que les anciens nous ont laissés à ce sujet, que l'on peut apprécier les véritables proportions dans lesquelles le corps de l'homme doit être renfermé pour offrir le type d'une perfection désirée. La vue des plus belles statues de l'antiquité nous donne, en effet, l'idée la plus juste et la plus noble en même tems des heureuses proportions dans lesquelles les statuaircs Grecs avaient conçu la véritable beauté eorporelle.

Jouissant ainsi de toute l'énergie de ses facultés physiques et de toute la plénitude d'une raison éclairée, l'homme est alors le point central et comme la base sur laquelle reposent la force et les destinées de l'édifice soeial. Ce n'est pas en effet au sortir de l'enfance, lorsque sa démarehe est encore vaeillante, et que, pouvant à peine bégayer quelques mots, il a besoin de secours de toute espèce, que l'homme peut être abandonné à lui-même ct se gouverner par ses propres facultés; ee n'est pas non plus à l'âge de l'adolescenee, à cette époque si brillante, il est vrai, de sa vie, qu'il peut prendre le rang qui lui appartient dans l'ordre de la nature et surtout dans l'état social; léger, ineonséquent, volage, facile à séduire, plus faeile à tromper, l'homme, à cet âge, tourmenté par des désirs de toute espèee, avide de jouissances de tout genre, ne connaît ni ses droits ni sa puissance; en butte à toute la fougue de ses passions, sa raison n'a point eneore acquis la maturité eonvenable pour les maîtriser, ni son esprit les lumières nécessaires pour remplir complètement les devoirs que son rang lui impose; mais c'est seulement entre trente et quarante ans qu'il est homme par excellence; étudiez la législation de tous les peuples, suivez l'histoire de leurs progrès dans les arts et dans les sciences, dans les armes même et dans l'éloquenee du barreau, vous verrez que toujours les fonctions publiques ont été confiées à des hommes de cet âge; vous verrez que les travaux du génie, que les plus préeieuses découvertes de l'industrie sont toujours lcs fruits de l'âge mûr.

Quelques exceptions rares, il est vrai, sembleraient infirmer la vérité des propositions que

je viens d'avancer; ces exceptions, loin de la détruire, la confirment au contraire; car on ne cesse de répéter, à l'égard de ces hommes privilégiés chez qui le développement des facultés intellectuelles a, pour ainsi dire, devancé le nombre des années, que ce sont des génies extraordinaires, qu'ils sont sortis de la loi commune : on cite, on recueille avec une sorte d'avidité tous les détails, tous les traits de leur enfance pour en tirer cette conséquence: que la nature en les formant a fait un effort en leur faveur, qu'elle s'est écartée de sa marche ordinaire en concentrant dans un seul individu une somme d'intelligence qui fait ordinairement le partage de plusieurs.

L'homme n'est donc véritablement digne de porter ce nom que lorsque, parvenu à la maturité de son âge, il peut commander aux autres comme il commande à lui-même. Maître de ses passions, il a, à cette époque de sa vie, toute la puissance physique et toute la force morale nécessaire pour exécuter les travaux les plus pénibles, comme il peut enfanter les projets les plus vastes et les plus susceptibles d'assurer le bonheur de ses semblables. Méditer, créer et exécuter, tels sont ses moyens, telles sont ses facultés.

Dans ce coup-d'œil rapide sur les droits et la puissance de l'homme, je ne l'ai point considéré dans ses rapports avec la Divinité: cet objet, d'une si haute importance, puisqu'il décide de ses destinées futures, aurait demandé un plan beaucoup plus vaste que celui que je me suis formé; c'est dans les dogmes de la morale évangélique, c'est dans les livres de l'écriture sainte qu'il doit trouver la règle de sa conduite et un guide éclairé de ses actions. Il me suffisait de faire connaître ici le rang qu'il doit tenir, soit dans l'ordre de la nature, soit dans l'état social ou de civilisation.

Voyons maintenant jusqu'à quel point la femme se rapproche de l'homme, ou, pour mieux dire, jusqu'à quel point elle en diffère; recherchons par quel mécanisme admirable le Créateur a su former deux êtres en apparence si semblables, en réalité si différens, et leur donner des goûts, des penchans, des caractères qui sont dans une sorte de contraste et d'opposition continuelle; faisons voir que l'attrait qui les attire l'un vers l'autre, quoiqu'ils soient mus par le même désir, ne repose pas sur le même sentiment; alors il ne sera pas difficile de faire ressortir les traits saillans qui distinguent la femme de l'homme, et de démontrer jusqu'à l'évidence que rien ne ressemble moins à l'homme que la femme; que celle-ci n'est pas seulement femme par la disposition et l'arrangement particulier de ses organes génitaux, et par les différences essentielles qui les distinguent de ceux de l'homme, mais qu'elle est également femme par toutes les parties de son individu, que chez elle ce n'est pas seulement par la forme et la composition de son squelette qu'elle se distingue de l'homme, mais que les systèmes musculaire, circulatoire, nerveux, glandulaire, cellulaire, que les sécrétions et les excrétions de toute espèce présentent, sous ce rapport, le contraste le plus parfait, l'opposition la plus formelle. On n'a même pas besoin d'attendre, pour être convaincu de cette vérité, que la femme soit arrivée à l'adolescence. Observez-la dès la première enfance : à peine peut-elle prononcer quelques mots et combiner quelques idées, que déjà ses manières sont toutes féminines; suivez-la au milieu de quelques autres enfans de son âge, mais d'un sexe différent, vous la reconnaîtrez à sa timidité, à une sorte de réserve et d'embarras, quand au contraire les petits garçons qui l'entourent, hardis, bruyans, ne gardent aucune mesure dans leurs jeux ; plus tard, et lors même que les formes de l'un et de l'autre sexe sont plus développées, qui ne distingue à sa démarche, à ses traits, à sa voix même, une jeune fille de dix à douze ans d'un garçon du même âge? Si vous consultez leurs goûts réciproques, que de nuances, que de modifications n'y retrouvez-vous pas! Qu'il est adroit, cet Ulysse, lorsque, voulant connaître Achille confondu avec les filles de Lycomède, il mêle des armes parmi les bijoux et les autres objets futiles qu'il étale à leurs yeux, sous le prétexte de flatter leurs goûts, ou de satisfaire leur curiosité!

Je ne pousserai pas plus loin ces considérations, et je manquerais le but que je me suis proposé,


PL. I

si, m'arrêtant avec trop de complaisance à tracer ici un tableau plus ou moins séduisant des formes, des grâces et des attraits de toute espèce dont la nature a paré les femmes, j'en faisais l'unique objet de mes recherches. Convaincu que tous ces avantages n'ont pour but secret que l'accomplissement des desseins bien prononcés de la nature pour la propagation de l'espèce, il ne faut pas s'étonner si, pour y parvenir, elle a entouré la femme de toute la puissance, de toute la magie de la séduction; car, pour elle, tous ses vœux sont remplis dès que la grossesse existe; satisfaite de son ouvrage, la nature prive momentanément la femme de ces charmes, de cet attrait qui nous précipitait sur ses pas. Un sentiment intérieur, une voix secrète semble nous dire: respectez-la, elle porte dans son sein le fruit d'un amour qu'un autre a partagé, et que vous ne pouvez plus lui inspirer. La beauté chez les femmes n'est point la fin, mais le moyen, et sans leur faire injure, on ne peut disconvenir que toutes les femmes ne peuvent pas plaire par le même genre de beauté, et que sous ce rapport, les goûts sont aussi variés qu'ils sont inexpliquables. La beauté, prise dans son acception la plus rigoureuse, ne serait donc qu'un vain nom, qu'une sorte d'illusion de nos sens, un mode, une manière d'être dont on est convenu de vanter l'excellence et d'exalter le mérite. Mais cette beauté, si ardemment recherchée, si vivement désirée, serait d'ailleurs d'un bien faible avantage pour les femmes qui en sont si jalouses, si on ne pouvait y attacher l'idée de la possession de celle qui en est pourvue; si on pouvait seulement se figurer qu'il existât chez une pareille femme quelques circonstances qui seraient de nature à rendre physiquement impossible l'acte de la génération, telles que des conformations vicieuses, bizarres, ou des maladies propres à inspirer des craintes fondées, ou un dégoût insurmontable.

Ne cherchons point à nous faire illusion! En rendant un sincère hommage à la femme que la nature a comblée de ses dons, ne dédaignons pas celles auxquelles elle paraît les avoir refusées; l'une et l'autre, à ses yeux, lui sont également précieuses, et elle n'a réellement disgracié que celles qui sont inhabiles à accomplir l'œuvre de la génération, ou qui ne peuvent remplir les devoirs de la maternité.

Cette dernière réflexion me conduit naturellement à tracer ici une esquisse des devoirs que la nature impose à la femme destinée à devenir mère. Quand je parle des devoirs de la maternité, je ne prétends pas dire qu'il en coûte à une mère pour prodiguer à l'enfant qu'elle vient de mettre au monde, les soins que réclament et sa faiblesse et l'impossibilité où il est alors de pourvoir par lui-même aux besoins de sa vie.

Qui, plus que les personnes de l'art, chargées d'aider les femmes dans la plus pénible des fonctions, peut leur rendre une justice plus éclatante, et fournir des témoignages plus honorables de ce noble dévouement, dont tous les jours elles donnent des preuves si touchantes?

Non, il n'est rien de plus noble, de plus grand, de plus digne d'une véritable admiration, que ce sentiment impérieux, si doux et si tendre à la fois, qui unit la mère à son enfant, qui ne fait, pour ainsi dire, qu'une même vie de deux individus si différens pour l'âge et en apparence pour les besoins. La providence, si sage dans l'ordonnance de ses desseins, si attentive, si prévoyante, a tellement resserré les liens qui unissent la mère à l'enfant, les a tellement identifiés l'un et l'autre, que ce n'est point une exagération de dire que l'existence de l'enfant nouveau-né est aussi nécessaire à la mère qui doit le nourrir, que celle-ci devient indispensable à l'être à qui elle vient de donner l'existence. L'amour maternel est donc le lien invisible qui enchaîne tous les êtres vivans au sol qui les a vus naître : c'est ce sentiment que rien ne peut détruire qui veille sans cesse à la conservation de l'espèce. Que deviendraient les peuples que tant de causes concourent quelquefois à détruire et à faire disparaître de la surface du globe? Les guerres intestines et lontaines, les fléaux de toute espèce qui souvent menacent toute une

nation d'une ruine totale, en auraient bientôt fait disparaître jusqu'au dernier individu, si l'amour maternel, plus fort même que les causes qui pourraient l'anéantir, ne surmontait tous les obstacles, ne bravait tous les dangers pour préserver la tendre et timide enfance d'une mort souvent inévitable. L'homme, chargé des grands intérêts de la société, tourmenté trop souvent par les désirs d'une ambition que rien ne peut satisfaire, cherchant la guerre et les combats, affrontant la mort pour courir après une vaine gloire que les fureurs d'une horrible vengeance viennent trop souvent flétrir; l'homme, dis-je, inhabile aux soins que demande la première enfance, insensible à ses cris, l'abandonnerait sans peine à ses pressans besoins. Ainsi délaissés, les enfans périraient donc, et avec eux la race humaine, si la femme ne s'en occupait d'une manière active et continuelle, si elle ne leur consacrait tous ses momens, si elle ne leur sacrifiait sa vie entière. Santé, jeunesse, attraits, bonheur, jouissances de la vie, rien ne coûte à la femme pour prodiguer ses soins à l'être qu'elle vient de mettre au monde.

O cendres d'un époux, ô Troyens, ô mon père,
O mon fils, que tes jours coûtent cher à ta mère!

Andromaque.

Mais ce sentiment si vif, si impérieux, qu'on est forcé d'appeler sublime chez les femmes, n'est point l'unique partage de l'espèce humaine; il se montre dans les animaux à un degré non moins énergique, non moins violent; on peut même dire que ces derniers déploient, dans certaines circonstances, des ressources qui frappent d'étonnement et d'admiration les personnes même les plus indifférentes à ces sortes de spectacles. Les femelles des animaux sauvages, moins cruelles ordinairement que les mâles, deviennent bien plus furieuses dès le moment où elles mettent bas, et pendant tout le tems de l'allaitement. Quels cris plaintifs, quels douloureux gémissemens ne font pas entendre les femelles des oiseaux lorsqu'une main cruelle vient enlever le nid dans lequel reposait le fruit de leur vive tendresse.

Qualis populeâ mœrens Philomela. . . . . .
. . . .
. . . . Et mœstis latè loca questibus implet.

Virgile.

Parmi les faits nombreux qui concernent l'espèce humaine, je me bornerai au suivant : Dans une des dernières affaires de la guerre d'extermination que les Turcs font aux chrétiens de l'orient, les habitans d'une bourgade, cédant au nombre, mais non sans courage, prennent la généreuse résolution de s'ensevelir sous les ruines de leurs demeures, et de ne cesser de se battre que lorsqu'ils auront cessé d'exister; craignant de voir leurs femmes et leurs enfans tomber dans les mains de leurs cruels ennemis, ils conçoivent, dans leur désespoir, l'affreuse pensée de les exterminer tous et de périr ensuite, non sans faire payer cher les derniers momens d'une vie dont ils ont fait le sacrifice. Leurs femmes, instruites de cet horrible dessein, et par un effort surnaturel, oublient leur propre danger pour ne plus songer qu'à celui de leurs enfans; prennent à l'instant même une résolution qui ne peut appartenir qu'à l'excès de l'amour maternel : elles demandent des armes, se placent à côté de leurs époux, et tous, ainsi animés d'une fureur belliqueuse digne d'une aussi belle cause, font mordre la poussière à leurs barbares ennemis.

Sa mère . . . . ah ! que l'amour inspire de courage ?
Quels transports animaient ses efforts et ses pas!
Sa mère ! . . . . elle s'élance au milieu des soldats :
« C'est mon fils! arrêtez! cessez, troupe inhumaine!
» C'est mon fils ! déchirez sa mère et votre reine,
» Ce sein qui l'a nourri, ces flancs qui l'ont porté! »

Mérope.

Les traits nombreux que je pourrais ajouter prouveraient tous cette vérité incontestable, que la femme, destinée par sa nature particulière à porter dans son sein les élémens d'une nouvelle reproduction, et à fournir ainsi à l'entretien de l'espèce, ne peut avoir d'autre bonheur que de sacrifier tous ses momens à la conservation de cet enfant si faible, si délicat en apparence, auquel elle vient de donner le jour. Mais loin de se plaindre de l'état de faiblesse où se trouve la première enfance, il faut au contraire admirer la sagesse de la Providence qui, dans cette obligation imposée à la femme, en a fait le lien puissant qui unit toute la chaîne des êtres, et fait ainsi succéder les générations, sans que jamais rien puisse en interrompre l'ordre invariable; et, comme l'a dit l'un des plus grands écrivains du siècle passé, « si l'homme naissait grand et fort, sa taille et sa force lui seraient inutiles jusqu'à ce qu'il eût appris à s'en servir; elles lui seraient préjudiciables, en empêchant les autres de songer à l'assister; et abandonné à lui-même, il mourrait de misère avant d'avoir connu ses besoins. On se plaint de l'état de l'enfance : on ne voit pas que la race humaine eût péri si l'homme n'eût pas commencé par être enfant. »

De tous les devoirs de la maternité, il n'en est point de plus sacré que celui qui impose aux mères l'obligation de nourrir elles-mêmes l'enfant qu'elles viennent de mettre au monde. Tout ici concourt à l'accomplissement du vœu de la nature; sans parler de ce sentiment intérieur, si doux et si impérieux en même tems, qui avertit la mère des soins qu'elle doit à son enfant, de cet élan involontaire qui, malgré elle, la force à tourner ses regards attendris vers la petite créature qui vient de s'échapper de son sein, les changemens de toute espèce qui s'opèrent dans son organisation lui en démontrent l'indispensable nécessité. Quoi de plus admirable en effet que l'ordre invariable dans lequel s'exécutent alors les nouvelles fonctions à l'aide desquelles la mère, rassurée sur l'existence de son enfant, peut sans effort lui fournir une nourriture aussi abondante que salutaire! quoi de plus ingénieux et de plus simple en même tems que ce qu'on appelle *la montée du lait!* Au premier cri de l'enfant, au plus simple attouchement de ses lèvres, à la moindre caresse, tout le corps de la mère frémit; un léger ébranlement qui semble partir de la plante des pieds parcourt avec la rapidité de l'éclair toutes les parties de son individu, et, en s'arrêtant aux seins, produit sur ces organes la plus vive impression. A l'instant même un gonflement visible s'y manifeste, une légère tension s'y fait sentir; bientôt les mamelles se remplissent d'une abondante sécrétion de lait, et si la mère ne présente à l'instant même le sein à son enfant, le lait, impatient de sortir de ses canaux, s'échappe et jaillit au dehors, sans que rien puisse en arrêter le cours.

Cependant, nous ne devons pas nous le dissimuler, quelque sacrée que soit pour une mère l'obligation de nourrir elle-même l'enfant qu'elle vient de mettre au monde, quelqu'impérieuses que soient à cet égard les lois de la nature, on est souvent obligé de fléchir devant des lois non moins impérieuses. Toutes les femmes ne vivent pas au milieu des champs; les usages, les mœurs et la manière de vivre des grandes villes sont autant d'obstacles qui forcent très-souvent les femmes à recourir à des nourrices étrangères, quand il leur serait si doux d'accomplir les devoirs de la maternité. C'est en vain qu'Aulugelle chez les anciens, que Buffon, que Rousseau chez les modernes ont parlé de ces devoirs avec toute la chaleur de l'éloquence la plus persuasive; c'est en vain qu'ils ont exalté les douceurs, les transports de l'amour maternel, et qu'ils ont frappé d'anathème les femmes qui s'affranchissent de l'obligation de nourrir leurs propres enfans, la nécessité, plus forte que l'éloquence de ces grands écrivains, a fait tout fléchir sous sa loi. Sans parler ici des femmes que des occupations multipliées empêchent de se livrer aux douceurs de la maternité, combien de circonstances, soit de localité, de convenances, de santé ou même de caractère et de penchans vicieux, s'opposent à ce qu'une mère se charge elle-même d'allaiter son propre enfant? Un médecin prudent et éclairé ne doit-il pas alors engager une mère à remettre à d'autres l'allaitement de son enfant, quand il peut croire qu'il y aurait des inconvéniens graves ou même du danger à lui en abandonner le soin?

A la Médecine seule appartient le droit incontestable de diriger les femmes dans l'exercice de la plus importante des fonctions ; seule elle a l'honorable mission de tracer, à cet égard, la conduite qu'elles doivent tenir et les précautions qu'elles doivent prendre. O vous, cependant, tendres épouses, mères sensibles et courageuses, quels que soient les charmes dont vous êtes pourvues, quels que soient les hommages que des voix trop flatteuses, mais parfois mensongères, s'empressent de vous adresser, quel que soit, enfin, le tourbillon des plaisirs dans lesquels on cherche trop souvent à dissiper les plus belles années de votre vie, croyez-en des conseils désintéressés, l'amour maternel seul peut vous faire goûter un bonheur sans nuages, des plaisirs sans remords ! Il est le lien puissant qui unit étroitement la femme à son époux ; il est pour la mère une source inépuisable de jouissances délicieuses, il adoucit les peines de la vie; il est, enfin, le véritable moyen de conserver à la femme une santé parfaite, en la préservant pour l'avenir des souffrances et des maux cruels qui trop souvent viennent fondre sur celles que la nature a trouvées insensibles à sa voix, ou qui même, pour des motifs puissans, se sont abstenues de nourrir elles-mêmes les enfans que le ciel leur accorde.

DU BASSIN DE LA FEMME,

CONSIDÉRÉ DANS SES RAPPORTS

AVEC LA SCIENCE PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS.

Le bassin, considéré d'une manière générale, n'est qu'une division du squelette, dont l'étude appartient à celle de l'ostéologie; mais, dans ses rapports avec l'accouchement, le bassin fait partie d'une série d'organes dont l'ensemble concourt à l'accomplissement des fonctions génératrices. C'est sous ce dernier point de vue surtout que nous allons l'examiner; son étude est très-importante; elle seule peut conduire à la connaissance du véritable mécanisme de l'accouchement et des difficultés, plus ou moins remarquables, qui peuvent le compliquer quelquefois.

Dans l'étude du bassin, nous avons à considérer : 1°. sa description; 2°. sa division générale et particulière, ainsi que ses dimensions; 3°. son mode d'articulation; 4°. ses difformités ou vices de conformation.

1°. *Description du Bassin.*

Le bassin (*pelvis*), cavité osseuse, situé au-dessous de la colonne vertébrale (*rachidienne*), au-dessus des membres inférieurs ou abdominaux, est composé de quatre os, qui sont : le sacrum, le coccix et les deux os des hanches ou *coxaux*.

Sacrum. Cet os, impair, d'une forme pyramidale, triangulaire, applati d'avant en arrière, occupe la partie postéreure du bassin. Sa base, tournée en haut, s'articule avec la dernière vertèbre lombaire; de leur réunion résulte en avant une saillie remarquable, appelée saillie ou angle sacro-vertébral. Son sommet, tourné en bas, s'articule avec le coccix.

Sa face antérieure, interne ou pelvienne, concave, présente deux rangées de trous, destinés à laisser passer les branches antérieures des nerfs sacrés; sur cette face répond, dans l'état frais, l'intestin rectum.

La face postérieure externe ou spinale, convexe, est hérissée de plusieurs tubercules destinés à l'insertion de parties tendineuses, aponévrotiques et ligamenteuses. On y voit également deux rangées de trous pour la sortie des branches postérieures des nerfs sacrés.

Les deux côtés du sacrum présentent supérieurement une empreinte articulaire parfaitement semblable à celle de la portion iliaque de l'os coxal correspondant; au-dessous, ils donnent insertion aux grands et petits ligamens sacro-sciatiques.

Coccix. Os impair, situé à la partie postérieure du bassin, au-dessous du sacrum, dont il est l'appendice. Sa face antérieure, concave, répond dans l'intérieur du bassin, et sur elle repose la fin de l'intestin rectum; sa face postérieure, convexe, se trouve presqu'à nu sous la peau, et n'offre rien de remarquable; sa base, tournée en haut, s'articule avec le sacrum; son sommet, libre, se perd dans les parties molles dont il est environné.

Le coccix est composé de trois pièces distinctes, qui, par la disposition particulière de leur articulation, jouissent entre elles d'une grande mobilité.

Os des hanches ou coxaux. Os pairs, irréguliers, situés sur les parties latérales et antérieures du bassin. Leur face externe (*fémorale*) présente en haut une large surface appelée région fessière; plus bas, une cavité destinée à recevoir la tête du fémur; plus bas et en devant, le trou obturateur ou *sous-pubien.* Dans le reste de son étendue, cette face externe n'offre plus rien de remarquable.

Leur face interne (*abdominale*) présente en haut une large surface, concave, appelée

fosse iliaque interne, sur laquelle repose le muscle du même nom; pus bas, une ligne saillante marchant obliquement de derrière en devant; plus bas, l'ouverture du trou obturateur ou sous-pubien; en arrière de ce trou, une large surface, formant un plan incliné sur lequel glisse la tête du fœtus au moment de l'accouchement.

La circonférence commence en haut et en devant par l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles; en poursuivant en arrière, on trouve la crête du même os, en forme d'*s* italique; plus en arrière, la grande échancrure ischiatique; au-dessous, l'épine et la petite échancrure du même nom; tout à fait en bas, la tubérosité de l'ischion; en remontant en devant, la branche ascendante de l'ischion et descendante du pubis; plus haut, la symphyse du même nom, haute de 18 à 20 lignes, large de 6 à 8; en devant, l'épine du pubis et la branche horizontale du même os, où se voient l'éminence iléo-pectinée, et plus en arrière, une coulise sur laquelle glissent les tendons réunis du psoas et de l'iliaque.

En anatomie, mais surtout en accouchemens, il est indispensable de diviser l'os des hanches ou coxal en trois portions, qui sont : l'ilion en haut, le pubis en bas et en devant, et l'ischion en bas et en arrière. Mais les lignes de démarcation qui séparent ces trois portions d'un même os, ne sont visibles que chez les très-jeunes sujets; plus tard, toutes les parties de l'os sont tellement identifiées qu'on ne peut plus même en apercevoir la trace. (*Voy. pl.* Ire., *fig.* 3e.)

2°. *Division et dimensions du Bassin.*

Avant de passer à la division générale du bassin de la femme, il est nécessaire de faire connaître les différences qui le distinguent de celui de l'homme, et ces deux derniers de celui du fœtus. En jetant un coup d'œil sur les deux premiers, mis en parallèle (*voy. pl.* II, *fig.* 1 *et* 2), il est facile de voir que celui de la femme a moins de hauteur et plus de largeur que celui de l'homme, et que l'arcade des pubis, chez le premier surtout, est beaucoup plus ouverte, plus arrondie et moins haute que chez le second; de même, en comparant les bassins des deux sexes adultes avec celui du fœtus (*voy. pl.* II, *fig.* 3), on voit que ce dernier se fait remarquer par sa longueur excessive, ainsi que par son étendue plus grande de devant en arrière, qui l'emporte de beaucoup sur celle des côtés, ce qui est le contraire dans un bassin d'adulte. Ici le motif en est dans l'absence du sacrum, les diverses pièces dont il doit se composer plus tard, n'ayant à cette époque peu avancée de la vie de l'enfant, que la largeur ordinaire des autres vertèbres.

Le bassin, pris dans son ensemble, se divise en grand et en petit. Le grand, très-évasé, en occupe toute la partie supérieure. Il est formé en arrière par les deux dernières vertèbres lombaires, qu'il faut laisser en place quand on veut conserver le bassin pour l'étude des accouchemens. En avant se voit une grande échancrure, occupée, dans l'état frais, par les parois abdominales, qui, flexibles et très-élastiques, se prêtent avec facilité à tout le développement de l'utérus pendant la gestation.

Les côtés du grand bassin sont formés par les portions iliaques des os coxaux. En haut, il répond dans l'abdomen; en bas, il se confond avec le petit bassin, dont il n'est séparé que par cette ouverture un peu rétrécie, appellée *détroit supérieur* ou *abdominal.*

Le petit bassin, ou bassin proprement dit, n'est autre chose que cette espèce de canal ou filière osseuse que le fœtus parcourt plus ou moins péniblement lors de l'accouchement. Plus étroit à son entrée et à sa sortie, l'intervalle présente une sorte d'excavation à travers laquelle la tête de l'enfant exécute, au moment de son passage, certains mouvemens très-remarquables, que nous ferons connaître plus tard.

Quoique la figure générale de l'excavation ne soit pas précisément quadrilatère, on peut y distinguer cependant quatre plans ou côtés. Le plan postérieur, formé en entier par le sacrum et le coccix, est le plus long de tous; le plan antérieur, qui est le plus court, présente en haut la symphise des pubis et plus bas l'arcade du même nom. Les plans latéraux sont formés en grande

partie par la face interne des ischions. Ces quatre plans ou côtés sont disposés de manière que l'antérieur et le postérieur sont plus rapprochés en haut qu'en bas et que le contraire a lieu pour les plans latéraux. Cette disposition explique la nécessité du mouvement de rotation que la tête du fœtus est obligée d'exécuter, pour franchir l'intervalle qui sépare les deux détroits, et sur laquelle repose la connaissance du véritable mécanisme de l'accouchement.

Des deux ouvertures du petit bassin, la supérieure, ou l'entrée, porte le nom de détroit supérieur ou abdominal; sa sortie, ou l'ouverture inférieure, celui de détroit inférieur ou périnéal. L'étude des dimensions des deux détroits du bassin étant, sans contredit, ce qu'il y a de plus important à connaître pour la science pratique des accouchemens, nous allons nous en occuper d'une manière toute particulière.

Dimensions du Bassin. — Les auteurs se sont beaucoup occupés à déterminer la figure du détroit abdominal, qu'ils ont comparée, tantôt à un cercle, tantôt à un ovale, quelques-uns à un triangle curviligne. Il est plus convenable de chercher cette figure dans la détermination rigoureuse des véritables dimensions du bassin. Voici ces dimensions.

On assigne ordinairement trois diamètres au détroit supérieur ou abdominal: 1°. un diamètre antéro-postérieur ou sacro-pubien, qui s'étend du milieu de la saillie sacro-vertébrale directement à la partie supérieure et moyenne de la symphise des pubis. Ce diamètre a de 4 pouces, à 4 pouces moins un quart dans un bassin bien conformé; 2°. un diamètre transverse ou iliaque, qui se dirige de droite à gauche, et réciproquement de l'un des côtés du détroit abdominal à celui du côté opposé, en coupant le précédent à angle droit; ce diamètre a 5 pouces; 3°. un diamètre oblique, ou cotylo-sacro-iliaque, double, qui s'étend de la partie interne de l'une des cavités cotyloïdes à la symphise sacro-iliaque du côté opposé, en se dirigeant obliquement de devant en arrière. Ce diamètre a 4 pouces 1/2. (*Voy. pl.* IV, *fig.* 1.)

Le détroit inférieur ou périnéal n'a que deux diamètres: 1°. un antéro-postérieur, *cocci-pubien*, qui, de la partie inférieure de la symphise des pubis, se porte à l'extrémité du coccix. Dans son état ordinaire, ce diamètre n'a que 4 pouces: mais dans le moment de l'accouchement, la tête de l'enfant imprime au coccix un mouvement de rétrocession très-remarquable, qui augmente d'un pouce au moins l'étendue antéro-postérieure du détroit inférieur. (*Voy. pl.* III, *fig.* 2 *a a.*) Le diamètre transverse (ischiatique) est immuable dans ses dimensions. Il s'étend de l'une des tubérosités de l'ischion directement à celle du côté opposé. Ce diamètre a ordinairement 4 pouces.

Direction et axes du Bassin. — En examinant sur une femme debout, quelle est la situation du bassin, en le supposant dépourvu de toutes les parties molles qui l'environnent, on s'aperçoit facilement que le plan de la symphise des pubis est beaucoup plus bas que celui de la saillie sacro-vertébrale. Cet abaissement donne l'idée de ce que l'on entend ordinairement par direction du bassin, dont l'inclinaison est de 35 à 45 degrés, selon les individus, en prenant l'angle sacro-vertébral pour point de départ de la ligne horizontale. Cela donné, une ligne tirée du milieu à peu près de l'excavation du sacrum, en passant par le centre du détroit abdominal, et se portant directement à l'ombilic de la femme grosse, constitue précisément l'axe de ce détroit. D'une autre part, une seconde ligne tirée du tiers supérieur du sacrum et passant par le centre de la vulve distendue, forme l'axe du détroit inférieur ou périnéal.

Il résulte de cet exposé que la tête de l'enfant ne suit pas précisement une ligne droite, en parcourant successivement les divers points de la filière osseuse du bassin, mais que sa marche au contraire est un mouvement parabolique prolongé, qui se continue même à travers les parties extérieures de la génération long-tems après que la tête a franchi le centre du détroit périnéal, comme on peut le voir très-exactement représenté sur la *planche* VI, *fig.* 2.

Ce mouvement n'a point lieu dans l'accouchement de la plupart des animaux et surtout des mammifères, les deux détroits de leur bassin n'ayant qu'un seul et même axe, parallèle d'ailleurs avec l'axe du corps, lequel est dans une direction horizontale. (*Voy. pl.* III *fig.* 3.)

3°. *Mode d'articulation des os du Bassin.*

Les articulations des os du bassin ne diffèrent point de celles de la même espèce, qui se voient dans quelques autres parties de l'économie animale. Elles sont du genre mixte de quelques auteurs ; c'est la synarthrose ou plutôt l'amphiarthrose des anciens ; c'est encore l'articulation par continuité des modernes.

Les articulations qui vont nous occuper, plus généralement connues sous le nom de symphises, sont celles des os pubis entre eux, du sacrum avec les os coxaux, de ce dernier avec le coccix et l'articulation de la dernière vertèbre lombaire avec le sacrum, auxquelles il faut ajouter la description de quelques parties ligamenteuses, membraneuses, qui, comme moyens auxiliaires, servent à augmenter la force des premières.

Symphise des Pubis. — C'est dans l'état frais qu'il faut étudier les différentes symphises du bassin pour en prendre une connaissance exacte. En examinant celle des pubis dans cet état, on voit qu'elle est formée par une substance fibro-cartilagineuse, d'une figure prismatique ou triangulaire, parfaitement enchâssée dans l'intervalle des surfaces articulaires des os pubis, avec lesquels elle est en rapport. Cette substance, d'une couleur blanche, d'un tissu élastique, plus épaisse en devant qu'en arrière, est affermie dans sa situation par des parties ligamenteuses et aponévrotiques très-multipliées, et de plus, dans sa partie inférieure, par un ligament spécial, en forme de croissant, appelé ligament sous-pubien ou triangulaire. C'est sur son bord tranchant, mais flexible, que la tête du fœtus exécute quelquefois dans un premier accouchement des mouvemens répétés de bascule, avant de franchir définitivement les parties extérieures de la génération.

Le centre du fibro-cartilage inter-pubien est manifestement d'un tissu moins dense et plus flexible ; c'est à cette disposition qu'est due la possibilité d'un mouvement borné, mais réel, qui se fait remarquer, surtout chez les femmes mortes dans les derniers tems de leur grossesse, et qui causent, chez celles dont l'accouchement a été lent et pénible, ce sentiment de gêne et de fatigue, dont elles se plaignent long-tems après leur délivrance.

Symphises sacro-iliaques. — Le mécanisme des symphises sacro-iliaques n'étant pas le même que celui de la symphise des pubis, il est tout naturel qu'il existe une différence entre leur mode d'articulation. Celle du sacrum avec les os coxaux résulte de la disposition raboteuse, inégale et comme chagrinée des surfaces articulaires que nous avons fait connaître plus haut. Sur chacune de ces surfaces est fortement incrustée une lame cartilagineuse, mince, serrée, qui, par des points de contact multipliés, établit le rapprochement intime des os, mais ne suffirait pas pour leur connexion, sans la présence des ligamens forts et nombreux qui l'entourent de toutes parts, principalement à la partie postérieure.

Symphise sacro-coccigienne. — Un fibro-cartilage, d'une texture molle, spongieuse; quelques fibres ligamenteuses, placées longitudinalement; telles sont les moyens simples et peu nombreux qui unissent le sacrum avec le coccix, ainsi que les diverses pièces de ce dernier entre elles. De cette disposition favorable résulte l'extrême mobilité du coccix et cette facilité avec laquelle il se jette en arrière, lors du passage de la tête à travers le détroit périnéal.

Symphise sacro-vertébrale. — Cette articulation ne diffère point de celle des autres vertèbres entre elles. Le seul intérêt qu'elle inspire, relativement aux accouchemens, résulte des rapports de la dernière vertèbre des lombes avec le sacrum, et de l'angle plus ou moins saillant que forment ces deux os en devant.

Indépendamment de ces divers moyens d'union, dont le but est d'affermir les os du bassin entre eux, il en est encore qui, sans avoir la même destination, servent à circonscrire le bassin dans sa partie inférieure, et qui, n'ayant ni le volume ni la pesanteur des os, en offrent cependant toute la solidité. Ces ligamens, au nombre de quatre, deux de chaque côté, portent le nom de ligamens sacro-iliaques.

4°. Des difformités ou vices de conformation du Bassin.

On entend par difformités ou vices de conformation du bassin, toute espèce d'altération survenue dans sa configuration naturelle et régulière, dont les suites peuvent influer d'une manière plus ou moins remarquable sur l'heureuse terminaison de l'accouchement.

Les auteurs appliquent indistinctement à ces bassins le nom de *viciés* ou de *difformes*, et cependant on doit admettre une grande différence entre les uns et les autres, un bassin pouvant être vicié sans être difforme, de même qu'il peut offrir une difformité très-apparente sans être vicié; cette distinction est importante à établir. En effet, un bassin vicié nuit toujours, plus ou moins, à la terminaison, même naturelle, de l'accouchement, soit en précipitant sa marche, quand il pèche par excès de grandeur, soit en la retardant indéfiniment, quand son étroitesse est extrême. Les vices du bassin portent sur ses dimensions; ses difformités regardent sa conformation. Un bassin difforme ne nuit pas toujours à la terminaison de l'accouchement; un bassin vicié, difforme ou non, y apporte toujours des obstacles plus ou moins considérables.

Un bassin vicié peut pécher par excès ou par défaut de grandeur. (*Voy. pl.* V, *fig.* 1 *et* 2.) Dans le premier cas, la trop prompte terminaison de l'accouchement peut faire courir les plus grands dangers à l'enfant, par l'espèce d'asphyxie qui accompagne presque toujours sa sortie précipitée. La mère elle-même n'est pas toujours exempte d'accidens, soit pendant la gestation, soit au moment de l'expulsion de l'enfant. L'obliquité extrême de la matrice pendant la grossesse, le prolapsus, la descente et la précipitation de cet organe après l'accouchement, sont les suites les plus ordinaires de la trop grande amplitude du bassin.

Quelque redoutable cependant que soit pour la mère et pour l'enfant l'excès de grandeur du bassin, l'un et l'autre ont bien plus à redouter des suites de son étroitesse, quand cette étroitesse est portée au point de ne pouvoir permettre l'accouchement par les seules forces de la nature.

L'étroitesse du bassin est presque toujours accompagnée de sa difformité. C'est à cette circonstance que l'on doit attribuer les grandes difficultés de certains accouchemens artificiels. L'étroitesse du bassin sans difformité peut être, en général, appréciée, calculée même d'avance, par l'application de quelques moyens mécaniques dont nous parlerons plus bas. Il n'en est pas de même de ses difformités, dont on ne peut pas toujours déterminer la nature pendant la vie de la femme. (*Voy. pl.* V, *fig.* 3.)

La colonne vertébrale peut être dans une direction parfaitement naturelle chez une femme dont le bassin est extrêmement vicié; d'une autre part, elle peut être plus ou moins déviée, et offrir des gibbosités très-apparentes chez celle dont le bassin serait bien conformé (*voy. pl.* VI, *fig.* 3), ce qui doit rendre en général l'homme de l'art très-attentif alors dans son diagnostic, rien n'étant plus facile que de se tromper sur le choix des moyens indiqués pour la terminaison de l'accouchement.

Quel que soit le degré d'altération que le bassin ait éprouvé dans sa conformation, son étroitesse n'est pas la même chez tous les sujets; elle peut n'avoir enlevé que quelques lignes aux diamètres d'un bassin bien conformé d'ailleurs, et l'accouchement n'en éprouver aucun obstacle dans sa terminaison. Dans d'autres circonstances, au contraire, l'étroitesse peut être portée si loin qu'il reste à peine quelques lignes d'ouverture à l'un ou à l'autre des détroits, ce qui rend l'accouchement physiquement impossible par les voies pelviennes.

L'étroitesse du bassin affecte tantôt le détroit supérieur ou abdominal, tantôt l'inférieur ou périnéal. Dans le premier cas, le rétrécissement a toujours lieu dans la direction antéro-postérieure ou sacro-pubienne; dans le second cas, c'est dans la direction latérale ou ischiatique, de manière que, lorsqu'il n'y a pas de difformité très-remarquable, l'agrandissement de l'un des détroits est toujours en raison inverse du rétrécissement de l'autre. (*Voy. pl.* VI, *fig.* 1 *et* 2.)

Les causes les plus ordinaires des vices ou difformités du bassin n'agissent en général avec une certaine intensité que dans le premier âge de la vie. Le scrophule, si commun parmi les

nations des climats tempérés de l'Europe, peut en être considéré comme la cause la plus commune et la plus générale. Les tourmens de la première dentition chez les petites filles de la classe élevée des grandes villes, l'ignorance et l'oubli des lois de l'hygiène chez la classe ouvrière et indigente, ajoutent singulièrement à cette première cause; voilà pourquoi les accouchemens sont, en général, moins difficiles parmi les femmes des campagnes que parmi celles des villes, qui demandent aussi plus souvent les moyens violens de l'art.

Voici une échelle de proportions qui peut servir à diriger le jeune praticien dans l'étude, comme dans l'application pratique des moyens propres à combattre les difficultés résultantes des vices ou difformités du bassin.

A 4 pouces, 4 p. moins 1/4, 3 p. 1/2, l'accouchement n'exige aucuns moyens de l'art, la nature seule doit en faire les frais.

Au-dessous de 3 pouces 1/2 à 3 p., 3 p. moins 1/4, et 1 ou 2 lignes au-dessous, il demande l'application du forceps.

A 2 p. 1/2, 2 p. 1/4, 2 p. et 2 p. moins 1/4, il veut l'opération de la symphise.

Toutes les fois que le bassin a moins de 2 p. moins 1/4 dans le diamètre antéro-postérieur, l'accouchement ne peut plus se faire par les voies pelviennes, il ne reste d'autre ressource que l'opération césarienne.

Des moyens de reconnaître sur la Femme vivante les vices du Bassin.

Ce n'est pas seulement chez les femmes grosses qu'on est quelquefois obligé de procéder à l'examen du bassin, avant et pendant l'accouchement, pour reconnaître jusqu'à quel point il peut-être vicié, on est souvent forcé d'y avoir recours chez de jeunes filles, sur la conformation desquelles les parens ayant de justes craintes, réclament les avis d'un médecin éclairé, pour savoir jusqu'à quel point, en se mariant, ces jeunes personnes peuvent espérer ou redouter de devenir mères. Quelles que soient d'ailleurs les circonstances pour lesquelles on est consulté, les moyens sont les mêmes, le mode seul d'application présente quelque différence.

Avant de procéder à un examen plus particulier, on doit jeter un coup-d'œil général sur l'ensemble de la conformation de la personne qui s'abandonne à nos recherches. Si la femme, en effet, est d'une petite stature, contrefaite; si elle a les bras très-longs, comparativement au reste du corps, le menton alongé, de grands yeux bleus, la peau blanche et la chair molle, ce sont autant de présomptions qui doivent faire craindre quelques vices du bassin; une pareille femme a ordinairement les jambes torses et la taille extrêmement cambrée. On peut également s'apercevoir, en plaçant l'une des mains à plat sur la partie postérieure du sacrum, et deux ou trois doigts de l'autre sur la partie antérieure de la symphise des pubis, du peu d'espace qui sépare ces régions opposées, lorsqu'il y a étroitesse du bassin; et reconnaître de même sa difformité, par le rapprochement et la hauteur inégale des deux épines antérieures et supérieures de la portion iliaque de l'os coxal. Mais, il faut l'avouer, quelle que soit l'exactitude avec laquelle on ait procédé dans ce premier examen, on ne doit pas s'en tenir à ces simples recherches, quand on veut déterminer d'une manière précise le véritable degré d'altération du bassin.

Plusieurs instrumens ont été imaginés pour obtenir, sur la femme vivante, la connaissance des véritables dimensions du bassin; deux seulement ont reçu une sorte d'approbation des gens de l'art, ce sont le compas d'épaisseur et le pelvi-mètre de *Coutuli*. Le premier s'applique à l'extérieur, le second s'introduit dans l'intérieur même des parties génitales de la femme; voici le mécanisme de l'un et de l'autre. (*Voy. pl.* VII, *fig.* 2.)

Compas d'épaisseur. Cet instrument, composé de deux branches mobiles, arrondies en dehors, et assez ouvertes, quand elles sont placées sur la femme, pour en embrasser les hanches, est d'une application aussi facile que commode, quand on apporte du soin dans son opération. Chaque branche, terminée par une extrémité boutonnée, est percée en arrière pour laisser passer à volonté une lame graduée, appelée *rapporteur*, destinée à indiquer l'étendue des parties em-

brassées et parcourues par les deux branches, quand elles sont bien appliquées. Cette application doit être faite à nu ou sur la chemise, quand la femme éprouve de la répugnance à se découvrir. L'un des boutons doit-être appliqué sur la partie antérieure et supérieure de la symphise des pubis, la branche opposée sur le tubercule de la dernière vertèbre des lombes. Il est d'autant plus important de bien déterminer le lieu précis de l'application de la branche postérieure, que cette opération se faisant le plus ordinairement sur des femmes dont le bassin est plus ou moins vicié et difforme, on pourrait, sans cette précaution, se tromper facilement, et tomber dans des erreurs funestes à la mère et à l'enfant.

Si le compas d'épaisseur est bien appliqué, le rapporteur indique, sans qu'il soit nécessaire d'enlever l'instrument, l'étendue générale des parties de la femme comprises dans l'intervalle des deux extrémités boutonnées, et en faisant ensuite la soustraction de l'épaisseur de la symphise (6 lignes) et de celle de la partie supérieure du sacrum (2 p. 1/2), ce qui reste est juste la mesure de l'intervalle qui existe entre l'angle sacro-vertébral et la partie interne ou postérieure de la symphise des pubis.

Les avantages de l'application du compas d'épaisseur paraissent incontestables; cependant il présente plusieurs inconvéniens qu'on ne peut éviter, si on voulait borner ses recherches à son seul emploi. Sans parler des difficultés qui accompagnent quelquefois son application, et des erreurs par conséquent dans lesquelles on peut tomber, par suite du défaut d'expérience, on ne peut disconvenir qu'il ne donne rigoureusement que la somme totale, exacte à la vérité, de l'épaisseur du bassin, prise de devant en arrière, recouvert de ses parties molles; ce moyen mécanique, appliqué même avec toute la précision possible, n'indique ni la nature particulière des difformités du bassin, ni le degré de déviation de la saillie sacro-vertébrale, ni toutes les autres particularités défavorables à la terminaison de l'accouchement, qui pourraient se trouver dans la cavité pelvienne.

Pelvi-mètre. Ce sont ces réflexions qui ont sans doute conduit *Coutuli* à imaginer le nouvel instrument auquel il a donné le nom de *pelvi-mètre*. Celui-ci, composé de deux tiges parallèles, glissant facilement l'une sur l'autre, et terminées par deux extrémités relevées, s'introduit dans l'intérieur du vagin, dirigé vers la saillie sacro-vertébrale. Arrivé là, on retire vers soi la branche placée en dessus, dont l'extrémité vient s'appliquer derrière la symphise des pubis; sur la portion de la branche retirée en dehors, se trouvent des lignes graduées et calculées de manière à donner la mesure exacte de l'étendue réelle parcourue par la branche intérieure, et par conséquent du diamètre sacro-pubien. C'est-là le grand avantage du pelvi-mètre, et le but que se proposait l'auteur; mais cet instrument, quelqu'ingénieux qu'il soit dans ses combinaisons, présente de nombreux inconvéniens, qui en ont, pour ainsi dire, fait abandonner l'usage, tels que la difficulté de l'introduire et le danger attaché à son introduction.

S'il est démontré que les inconvéniens attachés à l'emploi des deux instrumens dont nous venons d'exposer le mécanisme, ne permettent point de borner ses recherches à leur application seule, quand on prévoit la nécessité d'employer quelques moyens violens de l'art pour la terminaison de l'accouchement, le salut de la femme et celui de l'enfant exigent donc un examen plus rigoureux, exempt surtout de toute espèce d'équivoque, et qui laisse l'accoucheur dans la plus grande sécurité sur les résultats de ses recherches. C'est par le toucher qu'on y parvient, c'est au moyen du doigt indicateur de l'une ou l'autre main, introduit dans le vagin, que l'homme de l'art peut acquérir toutes les connaissances relatives à l'examen qu'il se propose de faire; non seulement il peut, à l'aide du doigt, atteindre la saillie sacro-vertébrale, et déterminer par là la véritable étendue du diamètre sacro-pubien, mais il a de plus l'avantage, par ce moyen, de parcourir toute l'étendue de la cavité pelvienne, de reconnaître et d'apprécier les différentes espèces d'altération, et tous les obstacles qui pourraient plus ou moins s'opposer à la terminaison de l'accouchement.

Pour procéder à cet examen d'une manière méthodique et convenable, on fait placer la femme debout, les épaules appuyées contre un plan solide; alors on introduit avec précaution le doigt indicateur de l'une et l'autre main dans l'intérieur du vagin, en le dirigeant obliquement en haut

et en arrière vers la saillie sacro - vertébrale, sur le milieu de laquelle l'extrémité du doigt introduit doit être appuyée ; en relevant ensuite le bord radial vers l'arcade des pubis, dont on presse légèrement le bord tranchant, on fait, avec l'ongle du doigt indicateur de la main opposée, une sorte de marque ou d'enfoncement sur celui qui est introduit, le plus près possible du corps des pubis ; puis on retire le doigt dont on mesure l'étendue comprise depuis la petite marque indiquée plus haut, jusqu'à l'extrémité, en le plaçant sur une mesure linéaire. (*Voy. pl.* VIII, *fig.* 2 *et* 3.)

De la somme totale de la portion du doigt introduit, il faut soustraire 6 lignes pour l'épaisseur de la symphise, et 2 à 3 lignes pour le degré d'obliquité avec laquelle le doigt a parcouru l'intérieur du bassin. Ce qui reste alors forme la mesure exacte de l'intervalle compris entre le sacrum et la symphise des pubis, et donne la véritable étendue du diamètre antéro-postérieur ou sacro-pubien.

Quelques personnes peu expérimentées pourraient quelquefois concevoir des craintes si elles ne pouvaient atteindre la saillie sacro - vertébrale, et seraient peut - être fort embarassées pour porter un jugement sur la femme soumise à leur examen. Qu'elles se rassurent, le bassin d'une pareille femme n'est point vicié, et le diamètre antéro - postérieur a l'étendue convenable pour permettre le passage de la tête d'un enfant d'un volume ordinaire.

Le moyen de reconnaître les vices du détroit inférieur ou périnéal offre peu de difficultés; il suffit, le plus souvent, de faire coucher la femme sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses, et celles-ci écartées et fortement relevées sur le ventre; dans cet instant, les deux tubérosités de l'ischion faisant une saillie très-remarquable à travers les tégumens, il est facile d'apprécier leur degré de rapprochement. Si l'on voulait avoir des résultats plus rigoureux, on pourrait placer les extrémités boutonnées d'un compas ordinaire sur chacune des tubérosités, et reportant le compas sur une mesure linéaire, évaluer, à une demi - ligne près, l'étendue du diamètre ischiatique ou transversal du détroit inférieur. Ici, on n'a pas besoin de faire de soustraction, toute l'étendue parcourue par le compas doit être mise en ligne de compte, et former la mesure absolue de l'étendue du diamètre. (*Voy. pl.* VII, *fig.* 4.)

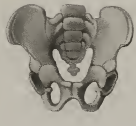
Nota. Au moment où cette feuille allait être imprimée, un de mes élèves, M. Martin, est venu me soumettre un nouvel instrument pour mesurer le bassin. Cet instrument, auquel il donne le nom de *pelvi-graphe*, me paraît digne de fixer l'attention des gens de l'art. L'idée en est fort ingénieuse ; sa description et son dessin se trouveront dans les livraisons des instrumens relatifs à la pratique des accouchemens.



Bassin d'Homme, Adulte.



Bassin de Femme, Adulte.



Bassin de Fœtus, à Terme.



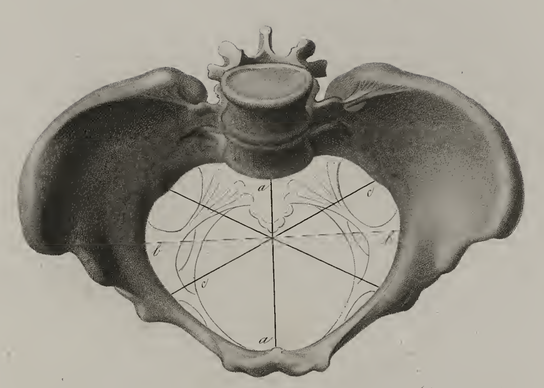
Coupe de Baſsin d'Homme.



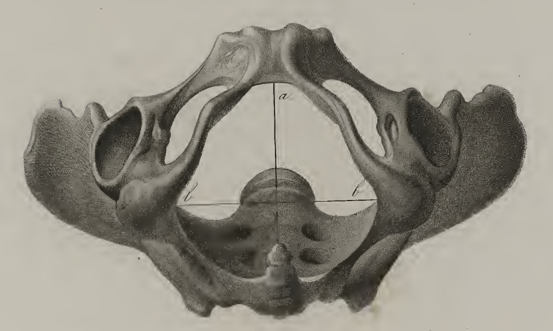
Coupe de Baſsin de Femme.



Coupe de Baſsin de Fœtu.



Dimensions du détroit supérieur ou Abdominal.

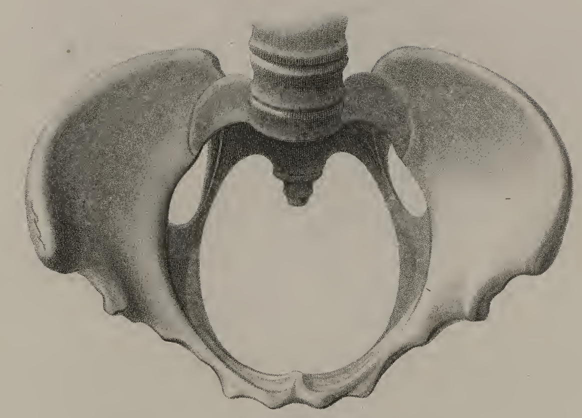


Dimensions du détroit inférieur ou Périnéal.



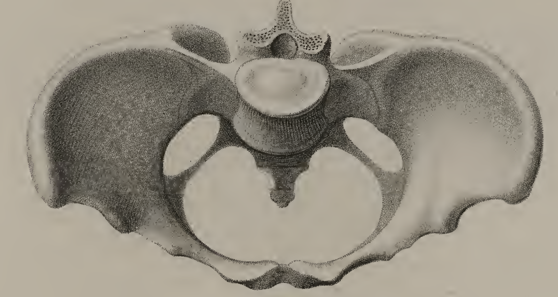
Bassin de Mammifère.

Fig. 1.



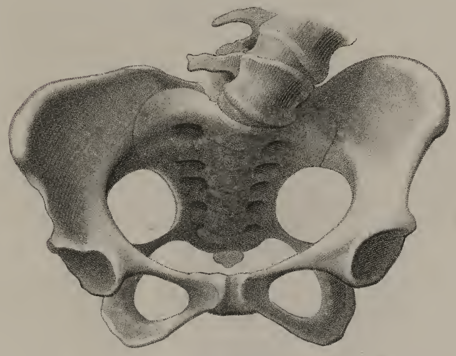
Bassin vicié par excès de grandeur, régulier.

Fig. 2.



Bassin vicié par excès d'étroitesse, régulier.

Fig. 3.



Bassin vicié par excès d'étroitesse difforme.

Fig. 1.



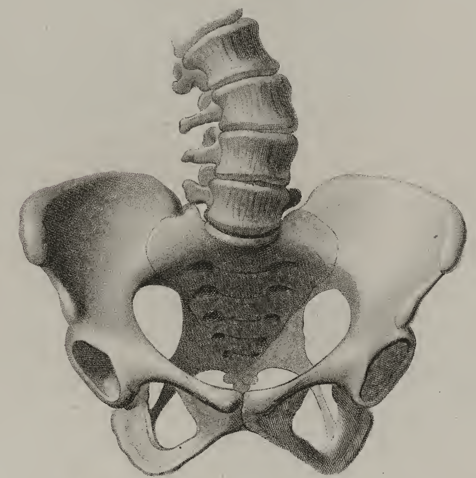
Vicés du détroit perineal.

Fig. 2.

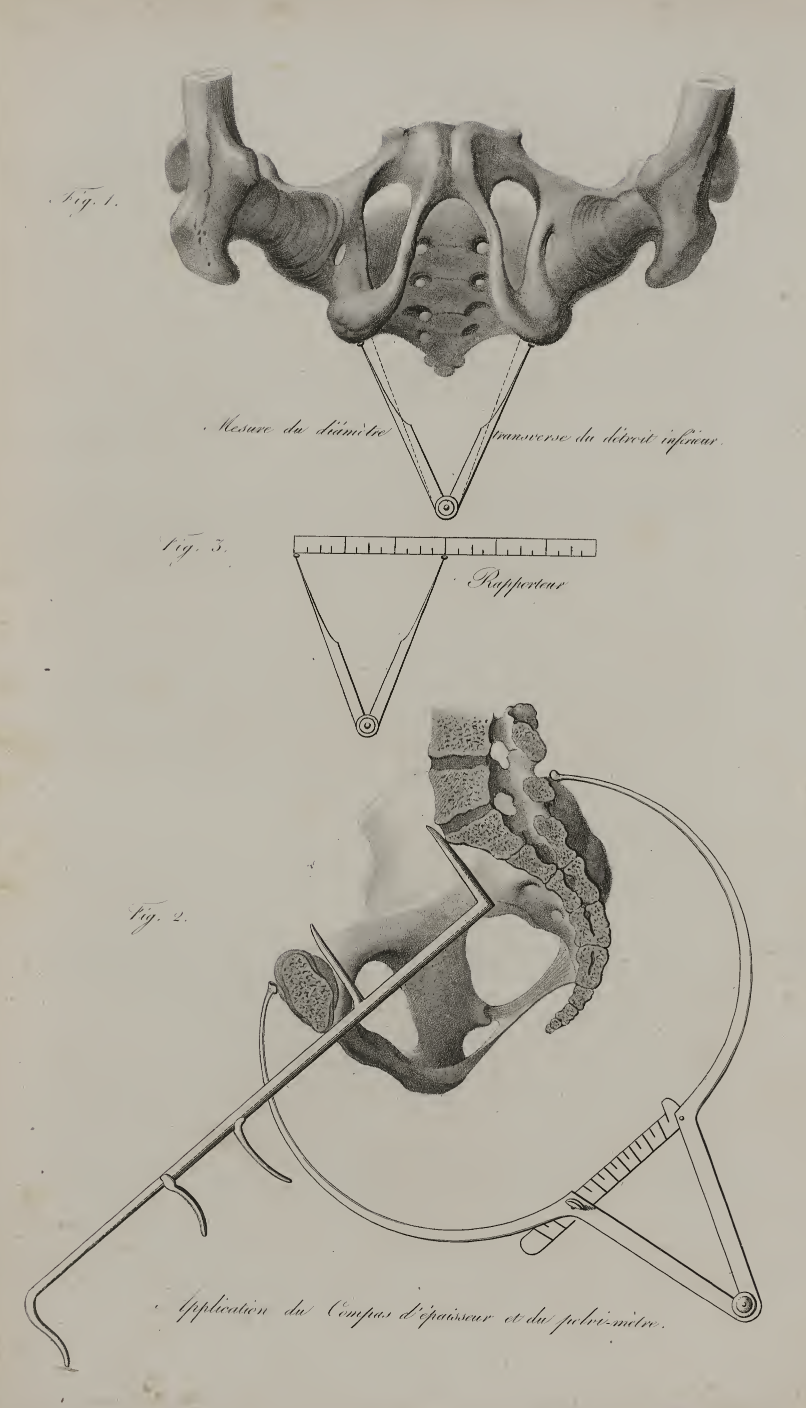


idem Bassin vu en dessous.

Fig. 3.



Baſsin régulier avec colonne déviée.


Fig. 1.
Mesure du diamètre transverse du détroit inférieur.
Fig. 3.
Rapporteur
Fig. 2.
Application du Compas d'épaisseur et du pelvi-mètre.

DES PARTIES SEXUELLES DE LA FEMME,

CONSIDÉRÉES DANS LEURS RAPPORTS

AVEC LES FONCTIONS GÉNÉRATRICES ET LA SCIENCE PRATIQUE

DES ACCOUCHEMENS.

L'ÉTUDE des organes génitaux de la femme doit être envisagée sous deux points de vue différens : 1°. dans l'état de repos ou de vacuité; 2°. dans celui d'action ou de plénitude. La nature des changemens qui s'opèrent dans les parties sexuelles de la femme, lors de l'accomplissement des fonctions génératrices, ainsi que l'ordre dans lequel ces changemens se développent, ne pouvant être appréciés sans la connaissance exacte de ces mêmes parties dans l'état de repos ou de vacuité, la description doit en être exposée avec quelque soin; c'est ce dont nous allons nous occuper.

Les organes génitaux de la femme ont été généralement divisés en parties externes et en parties internes. Quoique cette distinction ne repose sur aucune raison anatomique, on doit la conserver pour la facilité de la démonstration.

1°. *Des parties extérieures de la génération de la Femme.*

L'étude des parties extérieures de la génération de la femme n'exige aucune préparation particulière. Il suffit de jeter les regards sur les grandes lèvres, légèrement écartées, pour apercevoir de suite l'ensemble des objets que nous allons décrire.

Lorsque les parties externes sont dans l'état naturel et parfaitement rapprochées, on n'aperçoit que les grandes lèvres et la fente qui les sépare (*voy. la pl.* IX, qui représente avec une grande précision et la fidélité la plus scrupuleuse, ces parties dans l'état le plus naturel); mais si on les écarte légèrement, on voit alors sans peine tous les objets formant ce qu'on appelle la vulve ou le pudendum. (*Voy. la pl.* X.)

La vulve se compose du mont de Vénus, des grandes lèvres, du clitoris, du vestibule, des petites lèvres, du méat urinaire et du canal de l'urètre; de l'hymen, de la fourchette, du frein, des caroncules myrtiformes, du périné et de l'entrée du vagin.

Mont de Vénus ou Pénil. — Éminence arrondie plus ou moins saillante, située au devant du pubis, couverte de poils à l'âge de puberté, et dont la quantité, la longueur et la couleur varient selon l'âge de la femme, quoique la couleur soit assez généralement semblable à celle des cheveux.

Le mont de Vénus est formé d'une grande quantité de tissu cellulaire graisseux, sur lequel la peau est immédiatement appliquée. Des artères, des veines, des vaisseaux lymphatiques et des nerfs entrent aussi dans sa composition.

Grandes lèvres. — Au nombre de deux, formant les côtés de la fente, qu'elles circonscrivent; elles s'étendent du mont de Vénus au périné. La réunion de leurs extrémités forme ce qu'on appelle les commissures des grandes lèvres, plus épaisses supérieurement qu'inférieurement. Elles sont généralement très-volumineuses chez les femmes qui ont beaucoup d'embonpoint. On y distingue une face externe, brunâtre, formée par un prolongement de la peau de la partie interne et supérieure de la cuisse, sur laquelle on trouve une grande quantité de follicules sébacés.

La face interne, rougeâtre, lisse et polie, tapissée par la membrane muqueuse, est en rapport, dans toute sa partie antérieure, avec la face interne de la grande lèvre du côté opposé, et plus profondément avec les petites lèvres.

Les grandes lèvres sont composées d'une grande quantité de tissu cellulaire, semblable à celui du mont de Vénus. De plus, on y trouve quelques bandelettes celluloso-fibreuses et des fibres isolées du muscle constricteur du vagin, ainsi qu'un grand nombre de vaisseaux de toute espèce.

3

Clitoris. — Corps tuberculeux, allongé, plus ou moins volumineux, situé à la partie supérieure et moyenne de la vulve, au-dessus du vestibule et entre les petites lèvres, le plus ordinairement caché par les grandes. Ce corps est quelquefois si volumineux chez certaines femmes, qu'il présente une sorte de ressemblance avec la verge de l'homme. Ce qui a pu induire quelques personnes en erreur, et leur faire croire à la possibilité de la réunion des deux sexes chez le même individu.

Le clitoris est composé : 1°. d'une espèce de gland arrondi, imperforé, entouré d'un repli membraneux, espèce de capuchon, formé par la membrane muqueuse, analogue au prépuce et continu latéralement avec les nymphes; 2°. d'un corps caverneux, fixé par deux racines, comme celui de l'homme, aux branches descendantes du pubis, et soutenu du côté de la symphise par une espèce de ligament suspenseur, applati de droite à gauche.

La structure du clitoris est la même que celle du pénis, avec cette différence cependant, que le tissu spongieux du premier est moins abondant et plus serré.

Petites lèvres ou nymphes. — On nomme ainsi deux replis membraneux, érectiles, applatis transversalement, d'un rouge vermeil, plus épais au centre que vers les extrémités, naissant du prépuce du clitoris. Fortement rapprochées en cet endroit, les petites lèvres, en s'écartant toujours de plus en plus l'une de l'autre, vont se perdre sur la surface interne des grandes lèvres, et s'y terminent en s'amincissant vers le milieu du contour de l'orifice du vagin. Les nymphes, très-développées chez les petites filles au moment de leur naissance, sont le plus ordinairement d'une grandeur moyenne chez les femmes adultes. Au reste, leur volume et leur longueur varient beaucoup suivant l'âge, les peuples et les maladies qui peuvent les intéresser. Dans certains cas, leur rescision devient nécessaire; cette opération, pratiquée assez souvent, ne paraît pas devoir entraîner de suites fâcheuses.

Les petites lèvres sont composées chacune d'une portion de la membrane muqueuse de la vulve repliée sur elle-même, de manière à donner naissance à deux feuillets, entre lesquels se trouve une légère couche de tissu érectile. Il entre aussi dans leur composition une grande quantité de vaisseaux de toute espèce, qui se ramifient à l'infini dans leur substance.

Vestibule. — On entend par vestibule cet espace triangulaire, légèrement enfoncé, situé au-dessous du clitoris, au-dessus du méat urinaire, et entre les nymphes. On y trouve, chez quelques femmes peu soigneuses de propreté, une assez grande quantité de matière sébacée, qui pourrait induire en erreur et faire soupçonner la présence d'une maladie syphilitique.

Méat urinaire et urètre. — On donne le nom de méat urinaire à cette ouverture qui se trouve au bas du vestibule, et dont le contour est environné par un bourrelet que forme la membrane muqueuse de la vulve, et qui est constamment plus saillant en bas qu'en haut. L'urètre lui-même n'est autre chose que le canal qui, du méat urinaire, conduit dans la vessie. Sa largeur est assez remarquable; sa longueur est d'un pouce seulement. Il est situé un peu obliquement en haut et en arrière, au-dessous de la symphise des pubis, au-dessus du vagin, avec lequel il est intimement uni, et continu en avant et en bas avec le méat urinaire, en arrière et en haut avec le col de la vessie. De cette manière, le canal dont il est question, décrit une légère courbure, dont la concavité est en haut, du côté des pubis, et la convexité en bas, du côté du vagin. L'intérieur de l'urètre est tapissé par la membrane muqueuse, d'une couleur rougeâtre; cette membrane forme un grand nombre de plis longitudinaux très-saillans : on y observe surtout en bas une grande quantité de lacunes muqueuses. Son extérieur présente une légère couche de tissu spongieux; mais il n'y a point de corps semblable à la prostate chez l'homme.

L'hymen. — Appelé par quelques anatomistes *valvule virginale* ou *vaginale*, l'hymen est un repli membraneux plus ou moins étendu, d'une forme variable, formé par la membrane muqueuse de la vulve, au moment où elle pénètre dans le vagin. Il est situé sur la partie postérieure et latérale de l'orifice externe du canal vulvo-utérin, de manière à le fermer plus ou moins complètement. L'hymen est en général très-mince; quelquefois cependant il est très-épais. Relativement à sa forme, il est le plus souvent semi-lunaire, quelquefois ovalaire de droite à gauche, ou presque

circulaire, avec une ouverture au milieu; et dans quelques cas très-rares, il a cette dernière forme, mais ne présente point d'ouverture, alors il est imperforé. Dans cette dernière circonstance, il peut s'opposer à l'écoulement des règles. Des accoucheurs très-distingués prétendent avoir trouvé l'hymen tellement résistant, qu'il s'opposait à la terminaison de l'accouchement; et pour le faciliter, ils ont été obligés, disent-ils, de l'inciser circulairement. Dans tous les cas, l'absenee de cette partie suppose toujours une action mécanique quelconque, qui en a détruit l'intégrité. Des nourrices, en frottant trop fortement les parties sexuelles des petites filles avec des linges grossiers, des ulcérations survenues aux mêmes parties peuvent aussi altérer, détruire même cet emblême d'une virginité, que l'on accuse toujours trop légèrement les femmes d'avoir perdue, quand l'hymen n'existe pas.

Caroncules myrtiformes. — On donne ce nom à de petits tubercules rougeâtres, applatis ou arrondis, plus ou moins volumineux, formés, d'après l'opinion générale, par les débris de l'hymen, mais que M. le professeur Béclard attribue à la présence de la membrane muqueuse renflée dans cet endroit. Il résulterait de cette dernière opinion, que les caroncules myrtiformes devraient toujours exister avant la rupture de l'hymen, et d'après tous les auteurs, on ne les observe que chez les femmes déflorées. Quoiqu'il en soit, leur nombre varie depuis deux jusqu'à cinq ou six; leur couleur et leur consistance varient aussi suivant les sujets. Elles peuvent être d'un rouge vermeil, livides ou pâles, fermes ou mollasses. D'après toutes ces considérations il faut bien se garder d'admettre que la présence de l'hymen puisse être regardée comme un signe certain de la virginité, comme son absence n'est pas toujours la marque de la défloration.

Fosse naviculaire. — La fosse naviculaire est une petite excavation située à la partie postérieure de l'orifice externe du vagin, entre les caroncules et la commissure postérieure des grandes lèvres, qu'on appelle fourchette ou frein. Il est bien difficile que dans un premier accouchement cette dernière partie puisse résister aux efforts que fait la tête pour franchir les parties extérieures; mais sa déchirure n'entraîne aucunes suites fâcheuses. Il n'en est pas de même lorsque la déchirure intéresse une partie plus ou moins étendue du périné, comme nous le dirons plus bas.

Périné. — C'est l'espace situé entre la commissure postérieure et l'anus. Il est divisé dans sa longueur en deux parties égales, par une espèce de couture, qu'on appelle *raphé;* moins long et moins large chez la femme que chez l'homme, il est par cela même très-exposé à être déchiré lors des efforts d'un premier accouchement, surtout si la personne chargée de surveiller la marehe de la tête, n'a pas la plus grande attention de la soutenir en lui imprimant avec la main placée sur un plan incliné, un mouvement d'ascension qui la foree de se porter vers le centre de la vulve distendue, pour s'échapper ensuite librement par cette ouverture.

2°. *Des parties internes de la génération.*

Les parties internes de la génération sont le vagin, la matrice et ses dépendances ou annexes. L'étude de ces différens organes demande nécessairement des préparations que n'exigeait pas celle des parties extérieures : nous croyons avoir rempli une tâche aussi heureuse dans ses résultats qu'elle était difficile dans son exécution, en offrant dans les deux dernières planches de la IIIe. livraison et dans celles de la IVe., une image de ces parties telle que peut-être elles n'avaient point encore été présentées.

Vagin ou *conduit vulvo-utérin.* — Canal cylindroïde, membraneux, situé dans le petit bassin, un peu obliquement de bas en haut et d'avant en arrière, depuis le col de la matriee qu'il embrasse jusqu'au milieu de la vulve au bas de laquelle il s'ouvre; ce canal est légérement recourbé sur lui-même, de manière à présenter une concavité en avant du côté de la vessie, et une convexité en arrière du côté de l'intestin rectum; de plus, on remarque que sa paroi antérieure est plus courte que sa paroi postérieure. Le vagin est

plus étroit à sa partie moyenne qu'à ses deux extrémités. Sa longueur dans l'état de repos est de cinq à six pouces.

On distingue au vagin une surface externe, une interne et deux extrémités, dont l'une est supérieure et l'autre inférieure.

La surface externe en avant et en arrière, est revêtue supérieurement par le péritoine dans une très-petite étendue; en avant et en bas, elle est unie à la vessie et au canal de l'urètre par du tissu cellulaire, qui est d'autant plus serré qu'on l'examine plus bas; en arrière et en bas, elle se trouve en rapport avec le rectum, dont l'union à lieu par du tissu cellulaire de même nature; sur les côtés, la surface externe répond en haut aux ligamens larges de la matrice et aux uretères, en bas, à une très-grande quantité de tissu cellulaire, qui la sépare des releveurs de l'anus, et dans lequel rampent les vaisseaux utérins, vésicaux et l'artère ombilicale; mais surtout les vaisseaux et les nerfs de l'organe que nous décrivons.

La surface interne est contiguë à elle-même; ses parois sont sans cesse enduites d'une couche de mucus plus ou moins épaisse : au reste, sa dilatation est en raison de la fréquence du coït et du nombre des accouchemens. On y distingue deux lignes longitudinales, dont l'une est antérieure, et l'autre postérieure : elles sont plus apparentes du côté de la vulve que du côté de l'utérus; la première, toujours plus saillante que la seconde, forme au-dessous de l'orifice de l'urètre un tubercule volumineux : on y distingue en outre un grand nombre de rides transversales qui s'effacent sur les côtés, et qui sont beaucoup plus saillantes et plus multipliées au voisinage de la vulve que de la matrice, où elles semblent affecter toutes sortes de directions; ces rides transversales se trouvent coupées à angle droit par des crêtes longitudinales. Quoiqu'il en soit, toutes sont formées par la membrane muqueuse qui tapisse le vagin.

L'extrémité supérieure du vagin présente une échancrure assez prononcée, en forme de croissant : elle est attachée autour de la partie supérieure du col de l'utérus, un peu plus haut en arrière qu'en devant, de sorte que cette union particulière du vagin au col donne naissance à un cul-de-sac très-prononcé en arrière. Dans cet endroit, la paroi du vagin est très-amincie, ce qui doit avertir l'accoucheur que dans l'application du forceps, il faut avoir la plus grande précaution de ne point porter dans cet endroit la cuiller de cet intrument, dans la crainte d'occasionner es ruptures et déterminer d'autres accidens très-graves.

L'extrémité inférieure se continue avec la vulve, et forme dans la partie la plus profonde de celle-ci une pente allongée de haut en bas, et de devant en arrière.

Le vagin est composé d'une membrane muqueuse à l'intérieur, qui est manifestement la continuation de celle qui tapisse la vulve, et qui se continue avec celle de l'utérus; elle est rouge et vermeille en bas; en haut elle devient blanchâtre ou grisâtre; elle présente assez souvent en arrière des tâches bleuâtres ou livides, plus ou moins irrégulières. On remarque en outre un très-grand nombre de pores qui ne sont autre chose que les orifices de ses lacunes. L'épaisseur de cette membrane diminue successivement en allant de la vulve au col de l'utérus : elle est enfin dans toute son étendue revêtue d'un épiderme très-prononcé, d'un tissu spongieux érectile qui forme à l'extérieur, tout près de son extrémité inférieure, une couche large d'un pouce et épaisse de deux à trois lignes; sa texture est dense et serrée, sa couleur grisâtre ou bleuâtre : ce tissu s'amincit beaucoup en haut, mais cependant il remonte jusqu'à l'utérus, et semble se continuer avec le tissu propre de la matrice : c'est ce tissu qu'on désigne communément sous le nom de *plexus rétiforme*. Enfin quelques fibres musculaires forment un petit faisceau circulaire situé à l'extérieur du tissu spongieux dont nous venons de parler : c'est le muscle constricteur du vagin, qui reçoit en outre des vaisseaux et des nerfs; les premiers viennent des vaisseaux hypogastriques; les seconds sont fournis par les plexus sciatiques. (*Voyez les* IIIe. *et* IVe. *livraisons.*)

De l'Utérus et de ses annexes.

L'utérus et ses annexes complettent l'histoire des parties génitales de la femme. Les annexes sont : 1°. le ligament large, qui renferme la trompe utérine ou de Fallope, dans l'aileron antérieur et dans l'aileron postérieur, l'ovaire et son ligament; 2°. le ligament rond.

De l'Utérus. — Viscère creux situé dans la cavité du petit bassin, entre la vessie et l'intestin rectum, au-dessus du vagin, au-dessous des circonvolutions de l'intestin grêle. Sa figure est celle d'un conoïde, espèce de poire applatie sur ses deux faces opposées, plus saillante en arrière qu'en avant, arrondie à sa base et tronquée à son sommet. Sa longueur totale est de trois pouces, sa largeur de deux dans sa partie supérieure et d'un seulement dans sa partie inférieure; son épaisseur est à-peu-près d'un pouce.

On distingue à l'utérus un fond, un corps, un col et une cavité; le fond est cette portion de l'utérus qui s'élève au-dessus de l'insertion des trompes et qui n'a que quelques lignes de hauteur; sa forme est arrondie, et il est recouvert dans toute son étendue par un prolongement du péritoine.

Le corps est la partie la plus considérable de l'utérus, et comprend toute la partie de cet organe qui s'étend depuis son fond jusqu'à son col; sa forme est celle d'un triangle dont les deux angles supérieurs correspondent à l'insertion des trompes, qui, dans cet endroit, communiquent avec la cavité de l'utérus. L'angle inférieur se confond avec le col : à l'extérieur, la face antérieure et postérieure du corps de l'utérus est en grande partie recouverte par un prolongement du péritoine; à l'intérieur, ces deux faces forment les parois de sa cavité.

Le col de l'utérus est cette portion alongée qui se voit au-dessous du corps et qui plonge dans l'intérieur du vagin, dont il occupe la partie supérieure; sa longueur est de dix à douze lignes, son épaisseur de devant en arrière, de six à huit, sa largeur de huit à dix; il est cylindroïque, comprimé de devant en arrière et légèrement renflé à sa partie moyenne; il communique dans la cavité de l'utérus par une ouverture appelée orifice supérieur, interne ou utérin. L'extrémité qui correspond dans le vagin forme une partie saillante percée dans le centre par une ouverture qui porte le nom d'orifice externe, vaginal ou inférieur. Cette ouverture, transversalement alongée chez les femmes qui n'ont point eu d'enfans, et assez exactement fermée, s'arrondit et s'évase toujours de plus en plus chez celles qui en ont eu; elle est bornée par deux lèvres arrondies, distinguées en antérieure plus épaisse et en postérieure plus mince : c'est cette dernière partie que les auteurs désignent sous le nom de *museau de tanche;* le col est parcouru dans toute son étendue par une cavité plus rétrécie à ses deux extrémités et un peu plus large au centre. (*Voy. pl.* XIII, *fig.* 2.)

La cavité de l'utérus, applatie, triangulaire, a peu d'étendue, et pourrait à peine admettre un petit haricot; les deux angles supérieurs présentent les orifices très-étroits des trompes utérines, l'angle inférieur communique avec la cavité du col. (*Voy. pl.* XIII, *fig.* 1.) Quelquefois cette ouverture est partagée par une cloison complette qui explique la possibilité des superfétations, dont on a plusieurs exemples. (*La fig.* 1 *de la pl.* XVI offre un fait de ce genre, que nous avons constaté sur un utérus apporté à notre amphithéâtre, pour servir à nos leçons d'accouchemens.)

L'utérus est composé extérieurement d'une membrane séreuse, prolongement du péritoine, qui le recouvre dans ses trois quarts supérieurs; intérieurement elle paraît formée par une continuation de la membrane muqueuse qui tapisse l'intérieur du vagin. M. le Professeur Chaussier met en doute la présence de cette membrane; les raisons qu'il apporte à l'appui de son opinion paraissent sans réplique : on a pris, dit ce savant physiologiste, pour la membrane muqueuse de l'utérus *une simple concrétion coënneuse accidentelle*, et qui n'a aucun

4

des caractères de la muqueuse qui tapisse l'intérieur du vagin. (*Voyez la lettre du Professeur Chaussier à Mme. Boivin.*)

Le tissu propre de l'utérus est donc toute la portion de cet organe qui se voit au-dessous de la membrane séreuse; ce tissu est dense, élastique, d'une couleur d'un blanc grisâtre; sa densité augmente vers le col, où sa teinte grisâtre diminue; il est impossible de distinguer dans aucun point de son étendue la disposition des fibres qui le composent, et il serait difficile, en examinant ce tissu dans l'état de vacuité, de se faire une idée des changemens que la grossesse y apporte.

Les artères de l'utérus lui viennent des hypogastriques : flexueux et peu considérables pendant tout le tems du repos de cet organe, ces vaisseaux acquièrent souvent pendant la grossesse un volume des plus considérables; les veines accompagnent les artères.

Les vaisseaux lymphatiques de l'utérus sont tellement nombreux, et leur dilatation en est si remarquable pendant la grossesse, qu'on croirait que ce dernier en est entièrement formé; ils sont fournis par les plexus hypogastriques.

Des annexes de l'Utérus.

La membrane péritonéale, après avoir enveloppé l'utérus dans ses trois quarts supérieurs, et formé en avant et en arrière de cet organe des replis peu apparens, appelés ses ligamens antérieurs et postérieurs, se réfléchit sur ses parties latérales et forme un large repli connu sous le nom de *ligament large* qui renferme la trompe et l'ovaire.

Des Trompes utérines. — Conduits cylindroïques qui s'étendent des angles supérieurs de l'utérus, avec lequel ils communiquent, jusque sur les parties latérales du détroit supérieur ou abdominal, parcourant ainsi un trajet de quatre à cinq travers de doigt. Des deux extrémités de la trompe, l'interne, très-grêle, traverse le tissu de l'utérus et s'ouvre dans la cavité de cet organe, par un orifice tellement étroit qu'on peut à peine y faire pénétrer une soie de sanglier; l'extrémité externe porte le nom de pavillon, d'entonnoir ou de morceau frangé; elle est évasée, flottante, découpée en franges et ordinairement inclinée du côté de l'ovaire, auquel elle est fixée par une de ses plus longues franges. Quoiqu'il soit assez ordinairement difficile de mettre à découvert le conduit de la trompe, on y parvient cependant avec un peu de patience et d'adresse. (*Voy. pl.* XV, *fig.* 1.)

Les trompes sont composées d'une membrane commune, extérieure, qu'elles empruntent du péritoine et de deux membranes propres, l'une externe et l'autre interne; l'externe est plus épaisse, dense, blanchâtre et susceptible de contractilité, quoiqu'on ne puisse y découvrir de fibres musculaires; l'interne, plus mince, plus molle, paraît tenir de l'ordre des muqueuses; une petite portion de tissu spongieux se voit dans les environs du pavillon.

Les vaisseaux des trompes viennent des hypogastriques.

Des Ovaires. — Organes parenchymateux, vasculaires, ovoïdes, légèrement comprimés sur deux faces opposées, de couleur rouge-pâle, d'une densité assez grande, du volume à-peu-près d'un petit œuf de pigeon, situés dans l'épaisseur des replis postérieurs du ligament large.

La forme des ovaires permet d'y distinguer deux extrémités, une externe, qui reçoit l'insertion de l'une des franges principales de la trompe utérine, à l'aide de laquelle cette dernière est entraînée sur la trompe qu'elle embrasse en presque totalité dans le moment de la fécondation de l'œuf; l'extrémité interne est continue avec un cordon grêle, fibro-vasculaire, qui va se terminer dans la substance de l'utérus, derrière l'insertion de la trompe, mais un peu plus bas : ce cordon, qui porte le nom de *ligament de l'ovaire*, est situé, comme ce dernier organe, dans l'épaisseur du ligament large, dont il occupe l'aileron postérieur; il est solide et ne présente aucune trace de conduit. (*Voy. pl.* XII, *fig.* 1.)

La surface des ovaires présente des bosselures arrondies, séparées par des sinuosités peu profondes; on y remarque quelquefois de petites cicatrices ou brides chez les femmes encore jeunes qui ont eu des enfans. (*Voy. pl.* XV, *fig.* 3.)

Le péritoine revêt immédiatement toute la surface extérieure de l'ovaire, excepté à l'endroit où ce dernier adhère au ligament large.

Il est difficile de déterminer la nature du parenchyme dont l'ovaire est formé; lorsqu'on le déchire, ou qu'on le divise dans sa longueur, (*voy. pl.* XV, *fig.* 4.) on aperçoit des lobules celluleux, vasculaires et de petites vésicules arrondies, de la grosseur d'un grain de millet, dans le nombre varié de quinze à vingt; ces vésicules sont remplies d'un fluide albumineux, incolore ou jaunâtre, que l'on rend plus visible en les divisant avec soin avec la pointe d'une paire de ciseaux fins.

Les vaisseaux des ovaires viennent des spermatiques; leurs nerfs, très-déliés, des plexus rénaux, et les lymphatiques communiquent avec ceux des reins.

Des Ligamens ronds. — Cordons celluloso-vasculaires, qui s'étendent de l'utérus à la partie interne et supérieure des cuisses; ils naissent des parties latérales, antérieures et supérieures de l'utérus, au-devant et au-dessous de l'insertion des trompes, et de là se dirigent en se portant, de bas en haut et de dedans en dehors, vers l'anneau inguinal qu'ils franchissent, et vont ensuite s'épanouir et se terminer dans le tissu cellulaire des aines, du pénil et des grandes lèvres. (*Voy. pl.* XVI, *fig.* 2.)

Ces cordons sont blanchâtres, assez denses, légèrement applatis, plus minces à leur partie moyenne qu'à leurs extrémités; ils sont composés de tissu cellulaire filamenteux, de vaisseaux sanguins et lymphatiques; leurs usages sont inconnus; on sait seulement que, vers le milieu de la grossesse, ils se tuméfient quelquefois, deviennent douloureux et participent ainsi à l'espèce de turgescence générale qui, à cette époque, tourmente la femme enceinte.

Coup-d'œil sur les changemens qu'éprouve chacune des parties composant les organes génitaux de la Femme, aux différentes époques de sa vie, et de leurs usages.

On ne peut méconnaître le but que la nature s'est proposé dans la composition et l'ordre du développement des organes de la génération de la femme; inutiles, pour ainsi dire, à l'entretien de la vie de l'individu pendant ses premières années, ces organes ne se font remarquer alors que par leur petitesse extrême; la cavité du petit bassin, étant elle-même très-rétrécie au moment de la naissance et pendant les dix ou douze premières années, ne peut les recevoir, et ils sont en grande partie contenus dans la cavité abdominale; les grandes lèvres existent à peine, les petites seules présentent un développement qui pourrait en imposer, si on ne se rappelait que cette circonstance est générale chez toutes les petites filles au moment de leur naissance; le vagin est court et très-étroit.

L'utérus, qui à la naissance de la petite fille est hors de la cavité du petit bassin, se trouve à la hauteur de la dernière vertèbre lombaire; son corps peu volumineux est étroit, mince et alongé; sa cavité est extrêmement petite, enfin l'accroissement de l'utérus est très-lent jusqu'au moment de la puberté, mais à cette époque, il acquiert tout à coup, ainsi que les ovaires, un développement considérable et devient le siége d'une nutrition très-active; ses vaisseaux se dilatent, le sang y afflue en plus grande quantité, et sa surface intérieure prend une teinte rougeâtre qui annonce l'établissement prochain du flux menstruel; il achève de prendre la forme et le volume qu'il conservera dans la suite, et descend en totalité dans l'excavation du bassin.

Nous ne retracerons point ici le tableau des changemens qui s'opèrent dans l'utérus pendant la gestation; ils trouveront leur place à l'occasion de la grossesse, dont nous traiterons plus bas.

Après l'âge critique et chez les femmes avancées en âge, l'utérus perd de son volume, sa surface intérieure perd peu à peu la teinte rougeâtre qu'elle avait présentée depuis l'établissement des règles, elle devient blanche, comme avant l'époque de la puberté; le col enfin est plus déformé chez les femmes qui ont eu plusieurs enfans, et des déchirures profondes s'y font remarquer très-souvent.

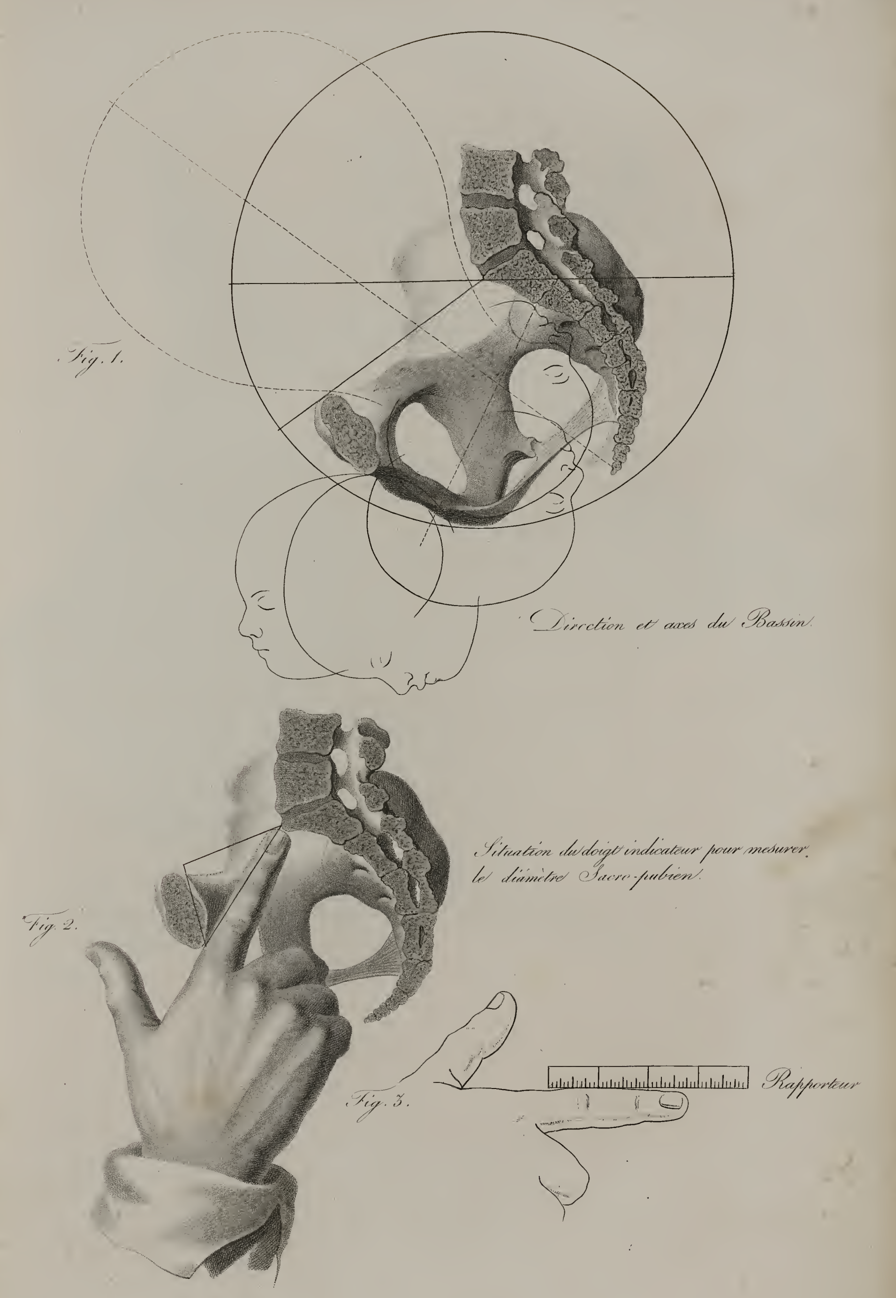
Les dépendances et les annexes de l'utérus suivent dans leur développement la même marche que ce dernier organe; les trompes n'éprouvent de changemens remarquables que dans leur grosseur et leur longueur, les ovaires, à peine apparens chez les petites filles, n'acquièrent de véritable développement qu'au moment de la puberté; mais à combien de métamorphoses ne sont-ils pas sujets pendant le cours de la vie de la femme; de combien d'altérations ne sont-ils pas susceptibles! les causes en sont très-multipliées sans doute, et les variétés que présentent ces altérations sont innombrables; plusieurs espèces de stérilité chez les femmes ne doivent pas être attribuées à d'autres causes : tantôt en effet on trouve les ovaires applatis, minces, flétris, durs, squirrheux, d'une forme bizarre et d'une grosseur démesurée; quelquefois ils contiennent une grande quantité d'eau, et dans toutes ces différentes circonstances, la femme est inhabile à la génération.

Les usages des parties génitales de la femme ne sont pas équivoques; l'accomplissement de l'acte de la génération, le développement de l'œuf, son expulsion lorsqu'il est parvenu au terme de son accroissement, telles sont les lois qui les dirigent, tel est le but vers lequel tendent tous leurs efforts; mais indépendamment de leurs usages généraux, chacune des parties qui composent ces organes en offre de particuliers, sur lesquels nous allons jeter un coup-d'œil rapide.

Les grandes lèvres, ainsi que le vagin ne prennent qu'une part secondaire, pour ainsi dire, à l'acte de la génération; absolument étrangers au développement de la grossesse, ce n'est qu'au moment même de l'accouchement, que les usages de ces parties deviennent intéressans; on les voit alors se déplisser, s'étendre, s'agrandir, et sans comprimer le fœtus prêt à sortir, le soutenir et le porter, pour ainsi dire, au dehors sans secousses et sans efforts. C'est à l'aide de ce mécanisme ingénieux qu'il est préservé des accidens dont sa vie serait très-souvent menacée, s'il n'avait, au moment de sa naissance, d'autre obstacle à franchir que le col de l'utérus.

Les usages de l'utérus ont pour but unique de recevoir le produit de la conception, au moment de sa formation première, de protéger son développement, de servir à la transmission des fluides propres à sa nutrition pendant tout le tems de la grossesse, et par la contractilité puissante dont il est doué, de l'expulser au moment de sa naissance. Cependant, malgré ces vérités incontestables, les nombreux exemples de grossesses extra-utérines démontrent que l'utérus n'est pas toujours l'organe spécial de la reproduction, encore moins de la gestation; quelquefois en effet, le germe fécondé se développe, tantôt dans l'ovaire, tantôt dans la trompe : les fonctions génératrices se trouvent ainsi entièrement bouleversées. Mais ce n'est point en vain que les lois immuables de la création sont interverties, la mort de l'enfant, souvent aussi celle de la mère, sont le plus ordinairement le résultat de ces grossesses malheureuses.

Dans le système des ovaristes, les trompes ont des usages très-importans; ces conduits, susceptibles d'une sorte d'érection au moment de la fécondation du germe, sont destinés à transmettre *l'aura seminalis* de l'utérus à l'ovaire, il en est de même de ce dernier; placé à une distance assez considérable de l'utérus, il n'en est pas moins l'organe spécial de la fécondation, dont le produit, détaché alors, revient à l'utérus, en suivant la même route qu'il avait parcourue auparavant sous une forme beaucoup plus déliée, espèce de vapeur légère, que tous les efforts des physiologistes n'ont pu encore rendre sensible ni apparente.


Fig. 1.
Direction et axes du Bassin.
Situation du doigt indicateur pour mesurer le diamètre Sacro-pubien.
Fig. 2.
Fig. 3.
Rapporteur



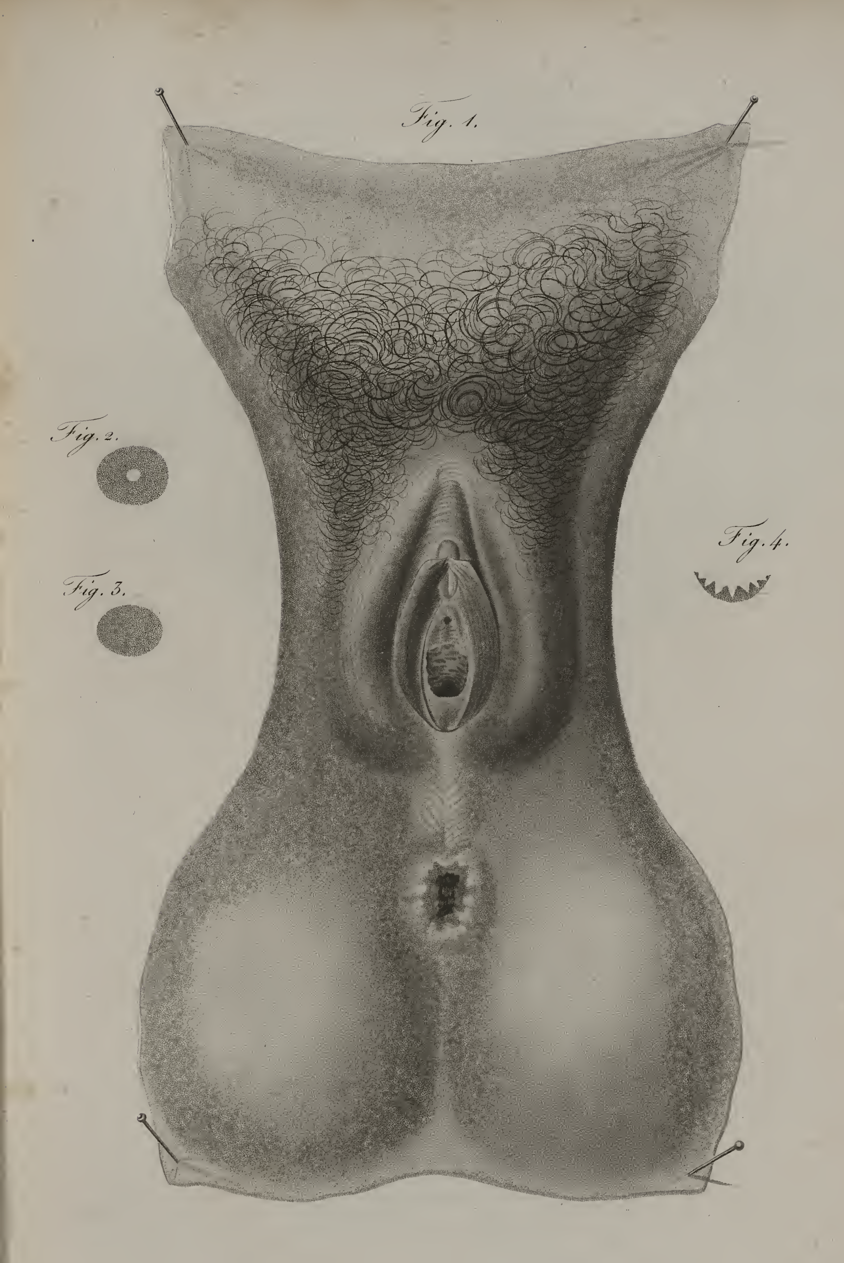

Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 3.
Fig. 4.

Fig. 1.

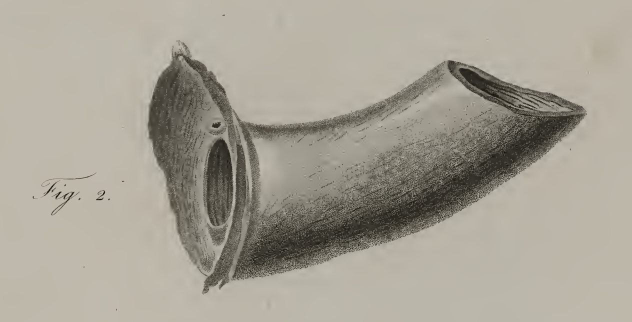
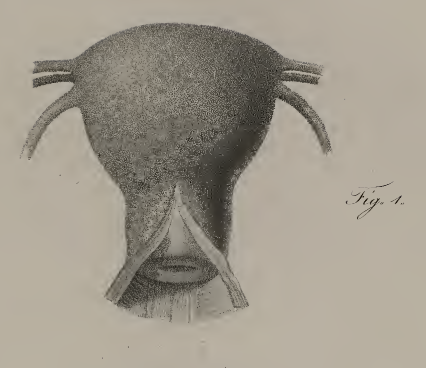


Fig. 2.


Fig. 1.
Fig. 2.



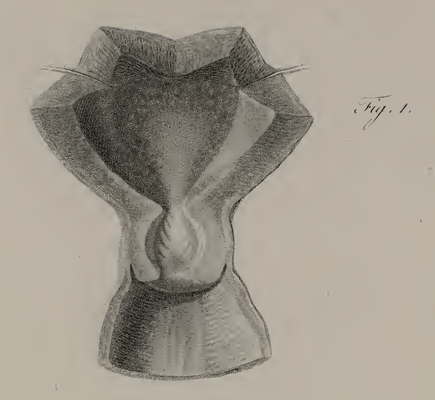
Utérus isolé.

Fig. 2.

Rapports de l'utérus avec la vessie et l'intestin rectum.

Dessiné par A. Chazal.

Gravé par Forestier



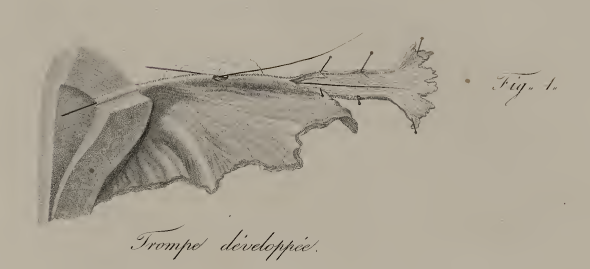
Intérieur de l'utérus mis à découvert.



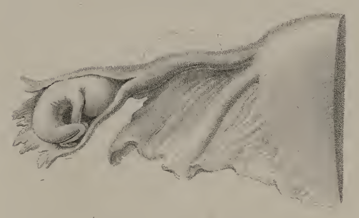
Coupe verticale de l'utérus.

Dessiné par A. Chazal.

Gravé par Forestier



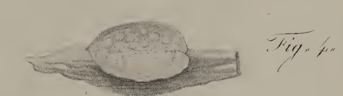
Trompe développée.



Grossesse extra-utérine de la trompe.



Ovaire isolé.



Coupe longitudinale de l'Ovaire.

Dessiné par A. Chazal. Gravé par Forestier

DU FOETUS ET DE SES DÉPENDANCES,

CONSIDÉRÉS

DANS LEURS RAPPORTS AVEC L'HISTOIRE DE LA GROSSESSE

ET LA SCIENCE PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS.

DANS l'histoire du fœtus nous avons à considérer, 1°. son développement; 2°. celui de ses dépendances; 3°. sa nutrition et sa circulation; 4°. sa division générale et particulière.

1°. *Développement du Fœtus.*

Avant le 7e. jour, on n'aperçoit rien dans l'utérus qui indique la présence d'un nouvel être.

Au 8e. jour, nuage mucilagineux, filamens transparens.

A 10 jours, flocon grisâtre, semi-transparent, dont la forme ne peut être déterminée.

Du 12e. au 13e. jour, présence d'une vésicule de la grosseur d'un pois, contenant un fluide trouble, au milieu duquel nage un point opaque (*punctum saliens*). On pense que le cœur seul existe à cette époque, qui est aussi celle des premiers linéamens de l'enfant, qui porte le nom d'*embryon*. Il est enveloppé des membranes *chorion* et *amnios*. Son poids est évalué à 1 grain.

Au 21e. jour, présence de l'*embryon* sous la forme d'une grosse fourmi (*Arist.*), d'une graine de laitue, d'un grain d'orge (*Burton*), du marteau (*Beaudeloque*); du poids de 3 à 4 grains, et de la longueur de 4 à 5 lignes. A cette époque, les diverses parties du fœtus présentent un peu plus de consistance, et celles qui, dans la suite, doivent former des os, passent à l'état cartilagineux. (*Voy. pl.* XVII, *fig.* 1.)

Au 30e. jour, l'embryon ressemble à un ver étranglé et recourbé sur lui-même. On aperçoit à cette époque, quoique faiblement, quelques traits des principaux organes, de l'emplacement des membres supérieurs. Son poids est de 9 à 10 grains, et sa longueur est de 10 à 12 lignes.

Au 45e. jour, la forme de l'enfant est bien déterminée, il porte le nom de fœtus. Les clavicules, les omoplates, jusqu'alors cartilagineuses, passent à l'état osseux: les membres paraissent sous forme de tubercules, espèces de boutures ou de bourgeons des végétaux. Le corps s'alonge, mais garde la figure ovoïde; la tête, plus grosse, en forme l'une des extrémités; la base du tronc, pointue, alongée, constitue l'autre. Des points noirâtres, des lignes de la même couleur, indiquent la présence des yeux, de la bouche et du nez. Des points semblables, parallèles, correspondent à l'endroit des vertèbres. Poids 1 gros, longueur 2 pouces. (*Voy. pl.* XVII, *fig.* 2 et 3.)

A 60 jours (2 mois). Présence de toutes les parties du fœtus: les points noirs qui représentent les yeux s'élargissent; les paupières se dessinent et sont extrêmement transparentes; le nez commence à proéminer, la bouche s'agrandit et devient béante; le cerveau est mou et pulpeux; le cou se caractérise; le cœur est très-développé, et il en part visiblement des lignes opaques, premières traces des gros vaisseaux. Les doigts des mains et des pieds distincts. Poids 5 gros, longueur 4 pouces.

A 90 jours (3 mois). Formation et développement parfait de toutes les parties essentielles du fœtus. Les paupières, quoique plus développées, sont exactement fermées; un petit trou se fait remarquer à la place du pavillon de l'oreille; le dos et les ailes du nez se prononcent; les

lèvres, bien distinctes, sont rapprochées et la bouche fermée. Les organes génitaux de l'un et l'autre sexe, prennent également, à l'époque du 3e. mois, un accroissement extraordinaire; le pénis est très-long, le scrotum vide; souvent un peu d'eau le remplit et le distend. La vulve est très-apparente et le clitoris saillant. Le cerveau, quoique pulpeux encore, est très-développé, ainsi que la moëlle épinière. Le cœur bat avec force, et les principaux vaisseaux charrient du sang rouge. Les poumons sont nuls et peu apparens; le foie est très-volumineux, mais mou et pulpeux; à peine secrète-t-il quelques parties biliaires. La totalité des membres supérieurs et inférieurs est développée; les os longs de ces membres sont manifestement osseux, ainsi que les côtes et les os plats du crâne; enfin, le système musculaire commence à se caractériser. Poids 2 onces et demie, longueur 6 pouces. Fonctions intellectuelles nulles. (*Voy. pl.* XVII, *fig.* 6.)

A 120 jours (quatre mois). Cette époque est remarquable par le grand développement et le caractère prononcé de toutes les parties du fœtus. La tête et le foie seuls n'augmentent plus que par dégradation, et toujours de moins en moins, relativement aux autres parties. Le cerveau et la moëlle épinière prennent plus de consistance; un peu de méconium s'amasse dans le commencement du canal intestinal, le système musculaire est distinct, et de petits mouvemens, presque insensibles, commencent à se manifester. On rencontre çà et là du tissu cellulaire. Longueur, 8 pouces; poids, 7 à 8 onces. — Fonctions intellectuelles nulles. (*Voy. pl.* XVII, *fig.* 7.)

A 150 jours (cinq mois). Non-seulement le développement de toutes les parties du fœtus est des plus considérables, mais c'est à cette époque qu'on commence à remarquer des différences individuelles; le système musculaire est très-prononcé, et les mouvemens de l'enfant ne sont plus équivoques; les poumons prennent de l'accroissement, et ils sont susceptibles d'éprouver une certaine dilatation. L'enveloppe cutanée, quoique existant depuis long-temps, prend, surtout à cette époque, beaucoup de consistance; l'épiderme est plus fort et plus épais; le méconium est plus abondant, et paraît plus bas dans le canal intestinal; l'emplacement des ongles se dessine. Longueur 10 pouces, poids 1 livre. —Fonctions intellectuelles nulles. (*V. pl.* XVII, *fig.* 8.)

A 180 jours (six mois). A cette époque, l'enfant peut, à la rigueur, présenter une sorte de viabilité; les ongles se prononcent; un peu de duvet, premier indice des cheveux, se fait remarquer à la tête, le thimus existe, le méconium parcourt une grande partie du canal intestinal, les testicules se voient dans le ventre, et commencent à se mettre en mouvement pour se rendre vers l'anneau; le tissu cellulaire est abondant, un peu de tissu adipeux se dépose dans ses cellules; toutes les formes de l'enfant se prononcent. Longueur 12 pouces, poids 2 livres. — Fonctions intellectuelles nulles.

A 210 jours (sept mois). Accroissement complet de toutes les parties du fœtus, époque positive de la viabilité de l'enfant; les ongles sont formés, les cheveux paraissent, les testiculss descendent dans les bourses. L'enfant né à cette époque peut exercer la respiration, faire entendre des cris, et exécuter la succion. Le méconium descend dans le gros intestin; tout le système osseux du crâne, des côtes et des membres est complet; les extrémités seules des os longs restent épiphysées; le canal artériel prend de la capacité; les artères pulmonaires, au contraire, restent peu volumineuses. Longueur, 14 pouces; poids, 3 livres. — Fonctions intellectuelles nulles; les sens susceptibles de quelques impressions. (*Voyez pl.* XVIII, *fig.* 1.)

A 240 jours (huit mois). Viabilité, accroissement du fœtus à peu près terminé, chaque partie prenant isolément de la force et du volume; système musculaire très-prononcé. Longueur 16 pouces, poids 4 livres. — Fonctions intellectuelles nulles; les sens susceptibles d'impressions.

A 270 jours (neuf mois). Epoque ordinaire et naturelle de la naissance de l'enfant, les organes ont alors acquis tout ce qui est nécessaire à l'entretien de la vie. (*Voyez pl.* XVIII, *fig.* 2.)

Tout le sytsème osseux tend à passer rapidement à l'état de solidité propre aux fonctions qui lui sont attribuées. Le système musculaire est bien prononcé, et les mouvemens de l'enfant vifs et rapides; les battemens de cœur sont précipités, la circulation très-active, le sang abondant et riche en principes nutritifs, le système nerveux très-apparent; les poumons entrent en fonctions,

et la respiration s'établit; de grands changemens s'opèrent dans le mode de circulation; tout le canal alimentaire, jusqu'ici sans action spéciale, peut, à l'instant même, entrer en activité; le canal intestinal agit sur le méconium qui tend à s'échapper par l'anus, les urines sont excrétées, le système capillaire artériel cutané devient très-actif, la peau se colore, et la transpiration s'établit. Longueur 18 à 20 pouces, poids de 5 à 6 livres. — Fonctions intellectuelles nulles, mais les sens (le goût surtout) sont très-développés. L'enfant est sensible à la douleur; la faim, le froid lui arrachent des cris, la chaleur et la succion l'appaisent, un doux balancement l'endort.

2°. *Développement des Dépendances du Fœtus.*

On désigne collectivement sous le nom de *secondines, d'arrière-faix*, de *dépendances du fœtus*, les diverses membranes qui l'enveloppent, les fluides qu'elles contiennent, le placenta et le cordon ombilical.

Trois membranes enveloppent le fœtus, la plus extérieure porte le nom d'*épichorion*, la moyenne celui de *chorion*, et la troisième celui d'*amnios*.

L'*épichorion* paraît dès les premiers momens de l'imprégnation de l'utérus, et s'aperçoit même dans l'intérieur de cet organe lors des grossesses tubaires. Formé par de la lymphe concressible que versent les exhalans de la matrice, à la suite de la fécondation, l'épichorion se présente sous l'aspect d'une couche couenneuse, blanchâtre, albumineuse et très-molle. Jusque vers le deuxième mois de la gestation, l'épichorion n'est composé que d'un seul feuillet, plus tard il se partage en deux lames distinctes, dont l'interne est la *caduque réfléchie* de Hunter. A la fin de la grossesse, l'épichorion se sépare de l'utérus, et reste en entier adhérent à la face externe du chorion, sur lequel il est facile de le détacher au moment de l'accouchement.

Le *chorion* est la première et la plus extérieure des membranes du fœtus. Il correspond par sa face externe à l'épichorion, et par sa face interne à l'amnios. Plus épais dans les premiers temps de la grossesse, il diminue à mesure que le moment de l'accouchement approche. C'est sur une partie de sa surface utérine que l'on voit se développer, entre le deuxième et le troisième mois de la gestation, ces flocons vasculaires, blanchâtres, destinés à la formation du placenta, qui ne paraît être lui-même, selon l'opinion de Haller, qu'une portion du chorion endurcie.

Le chorion a pour usage de servir à l'union de l'œuf avec l'utérus, de contribuer à la formation du placenta, de soutenir l'amnios, et de transmettre à cette membrane les vaisseaux déliés et incolores, qui versent dans sa cavité le liquide au milieu duquel nage le fœtus.

L'*amnios* est la seconde des membranes du fœtus, ou pour mieux dire, il est sa membrane propre; c'est lui qui le soutient, qui le renferme et qui fournit et contient les eaux dans lesquelles il est suspendu. L'amnios est transparent, diaphane, un peu plus épais que le chorion. Sa face extérieure correspond à cette dernière membrane, avec laquelle il contracte de faibles adhérences, au moyen d'une quantité innombrable de petits vaisseaux déliés, incolores, qui se déchirent avec la plus grande facilité après l'accouchement. Sa face interne répond au fœtus, et se trouve en contact immédiat avec les eaux. (*Voy. pl.* XVII, *fig.* 8.)

Les usages de l'amnios sont de contenir l'œuf, de secréter les eaux au milieu desquelles il est plongé. Indépendamment de leurs usages particuliers, le chorion et l'amnios servent encore, dans l'accouchement, à soutenir le poids des eaux au moment du travail, et à faciliter ainsi la dilatation du col de l'utérus.

A l'histoire des membranes se joint naturellement celle des eaux qu'elles renferment. On leur donne le nom d'eaux de l'amnios ou de fluide amniotique.

Ces eaux sont ordinairement claires, limpides et diaphanes, sans goût et sans odeur; quelquefois cependant elles sont troubles, bourbeuses, tantôt grisâtres, brunâtres, et d'une fétidité

extrême vers la fin de la grossesse, sans que le fœtus paraisse en éprouver aucune altération manifeste.

Les eaux sont plus abondantes au commencement qu'à la fin de la grossesse, relativement au volume du sac qui les contient.

L'opinion le plus généralement adoptée sur la formation et la nature des eaux, c'est qu'elles viennent de la mère, et sont fournies par les exhalans de l'utérus, qui les transmettent par les anastomoses du placenta aux vaisseaux capillaires du chorion, d'où elles passent par les porosités de l'amnios, et filtrent, comme une rosée fine, jusque dans la cavité de cette membrane.

Les eaux ont plusieurs usages importans. Elles servent à soutenir l'embryon, à le préserver des secousses fatiguantes de la mère; plus tard, elles facilitent la dilatation de la matrice, et particulièrement celle du col, au moment du travail de l'enfantement.

Du Placenta.

Le placenta, considéré dans les derniers temps de la grossesse, se présente sous la forme d'une masse spongieuse, celluleuse, vasculaire, le plus ordinairement circulaire, applatie, d'une épaisseur d'un pouce dans le centre, plus mince sur la circonférence, d'une largeur de sept à huit pouces; son poids, avec ses membranes et le cordon ombilical, est ordinairement de douze onces.

On lui considère une face externe, *utérine*, convexe, lobuleuse, qui adhère intimement à l'utérus pendant tout le temps de la grossesse; la face opposée, interne, *fœtale* ou *ombilicale*, est parsemée par les nombreuses divisions des vaisseaux ombilicaux. Elle est immédiatement recouverte par le chorion.

Le placenta se fixe le plus ordinairement à la face postérieure et supérieure de l'utérus. Quelquefois cependant on le trouve sur ses côtés, quelquefois encore, mais plus rarement, vers l'orifice, et même directement sur cette ouverture.

L'insertion du cordon ombilical se fait assez généralement au centre du placenta; lorsqu'elle a lieu sur un point quelconque de sa circonférence, ce dernier porte le nom *de placenta en raquette.*

Le placenta est formé de plusieurs lobes ou cotylédons, faciles à distinguer les uns des autres sur sa surface utérine, mais réunis en une seule masse sur sa face fœtale.

Le parenchyme de cet organe est facile à déchirer; sa couleur est d'un rouge foncé; les parties qui entrent dans sa composition sont des vaisseaux sanguins, du tissu cellulaire et des filamens blanchâtres, denses, résistans, qui, plus multipliés et plus apparens à la fin de la grossesse, ne paraissent être que des ramifications vasculaires oblitérées. (*Voy. pl.* XIX, *fig.* 1 et 2.)

Il y a toujours un placenta pour chaque fœtus; il n'est pas rare cependant de rencontrer dans une grossesse double les deux placenta réunis par leur bords, mais la circulation est distincte pour chaque enfant, quoiqu'il soit démontré que leurs vaisseaux s'anastomosent. (*Voy. pl.* XX, *fig.* 1.)

Du Cordon ombilical.

Le cordon ombilical est un faisceau vasculaire, qui s'étend du placenta à l'ombilic de l'enfant. Très-court dans les commencemens de la grossesse, il est formé à cette époque par les vaisseaux omphalo-mésentériques, par les artères et la veine ombilicales, et par ces derniers seulement à la fin de la grossesse. Sa longueur totale est assez ordinairement de 18 à 24 pouces; mais il n'est pas rare de le trouver ou beaucoup plus court ou beaucoup plus long; c'est dans ce dernier cas qu'il peut former des nœuds dans un ou plusieurs endroits de son étendue.

Tous les cordons ne se ressemblent pas: il y en a de gros, de grêles, de longs, de courts, de variqueux et de noueux: les gros en général ne sont pas les plus solides, et c'est aux grêles qu'on peut se fier davantage, dans les tractions qu'on est dans le cas de faire quelquefois pour effectuer la délivrance. (*Voy. pl.* XX, *fig.* 2.)

3°. *De la Nutrition et de la Circulation du Fœtus.*

De la Nutrition. — Une vérité incontestable, c'est que l'enfant se nourrit des sucs que lui fournit sa mère; mais il n'est pas également facile de démontrer par quel moyen et de quelle manière ces sucs lui parviennent. Les médecins sont loin d'être d'accord sur cette grande question physiologique. Les uns prétendent en effet que l'enfant se nourrit des eaux dans lesquelles il est renfermé, qu'il les pompe, qu'il les suce, et que ces eaux parvenues dans son estomac, après avoir subi les lois d'une digestion ordinaire, deviennent ainsi les élémens de la nutrition du fœtus. Mais les expériences faites sur les eaux de l'amnios ont démontré qu'elles ne contenaient que peu ou point de parties réellement nutritives; qu'à la fin de la grossesse surtout, elles étaient souvent bourbeuses, noirâtres, purulentes, etc; on a de plus observé que la rupture des membranes se faisait quelquefois plusieurs jours, un mois même avant l'invasion du véritable travail de l'enfantement, ce qui devait nécessairement amener la rupture prématurée des eaux de l'amnios, long-tems avant celle de l'enfant; enfin il est certain que quelques enfans sont venus au monde avec la bouche imperforée, et par conséquent dans l'impossibilité physique de recevoir la plus petite quantité de liquide amniotique.

Les raisons apportées en faveur de l'opinion que nous venons de faire connaître, méritent aussi d'être combattues. On a prétendu que l'enfant préludait, par la succion des eaux de l'amnios, à la succion plus compliquée et plus difficile du lait de sa mère. Il faut convenir que ce penchant du nouveau-né pour la succion et la faculté qu'il a de l'exercer à l'instant même de sa naissance, sont des phénomènes aussi étonnans qu'ils sont inexplicables. Mais pourquoi le petit canard, éclos sous une poule, se plonge-t-il dans l'eau malgré les cris de sa mère, dès qu'il est sorti de sa coque, tandis que le poulet provenant de la même couvée, évite et fuit cet élément ? Au reste, l'intérieur de la membrane amnios n'offrant rien de semblable à un mamelon, qui ait pu exercer le fœtus à la succion, le penchant dont il est doué au moment de la naissance est donc une aptitude innée et non une faculté acquise.

D'une autre part, l'opinion qui tend à démontrer que le fœtus se nourrit par intussusception ou par absorption, n'est pas plus admissible. L'organe cutané du fœtus est sans action pendant tout le tems de son séjour dans l'intérieur de l'utérus, et les eaux elles-mêmes n'ont ni les qualités, ni les propriétés convenables pour être absorbées.

Ce qui a pu induire en erreur les physiologistes chargés d'expliquer le mode de nutrition du fœtus, c'est que, confondant cette dernière avec la digestion proprement dite, ils ont toujours voulu établir une analogie entre cette digestion illusoire du fœtus et celle de l'adulte, en prétendant que les sucs nutritifs devaient, chez l'un comme chez l'autre, suivre la même route et passer par les mêmes voies, sans faire attention que l'un vit au milieu d'un fluide léger, élastique, aériforme, qu'il jouit de toute la plénitude d'une respiration active et de tous les avantages d'une circulation riche et abondante; tandis que l'autre repose au sein de l'utérus, entouré d'un liquide épais et incompressible, privé de la respiration, et n'ayant pour ainsi dire qu'une vie végétative et une existance incomplète. Toutes ces raisons et tant d'autres que nous ne rapportons pas comme superflues, doivent nous faire rejeter également et le système de la déglutition et celui de l'absorption, comme voies uniques de la nutrition du fœtus. Il ne pourrait donc être considéré, pendant tout le cours de la gestation, que comme une nouvelle partie ajoutée momentanément à l'existence de la femme, et dont la nutrition s'opère par les moyens ordinaires et connus de la circulation. C'est donc par le cordon ombilical que l'enfant reçoit les sucs qui lui sont nécessaires pour son accroissement, sans avoir besoin d'opérer sur les eaux de l'amnios, ou de toute autre manière, une appréhension dont il est incapable.

De la Circulation du fœtus. — Si la circulation du fœtus se faisait de la même manière que chez l'adulte, nous ne nous en occuperions point; mais elle en diffère sous plusieurs rapports et demande que nous en donnions une description particulière.

Le fœtus n'ayant point d'organes propres à former l'hématose, puisque les poumons n'entrent en fonction qu'au moment de la naissance, il était indispensable que la mère lui fournit des sucs tout préparés, qui devinssent, à l'instant même où ils sont portés dans le torrent de la circulation, les élémens de sa nutrition. C'est la veine ombilicale qui est chargée de ce soin.

Prenant ses racines dans le placenta, elle s'achemine vers l'ombilic de l'enfant, et pénètre ainsi, sans communiquer avec les artères du même nom, dans son abdomen. Soutenue par un repli du péritoine, elle se dirige, de devant en arrière et de bas en haut, vers la partie supérieure de la grande scissure du foie. Là, elle fournit un rameau gros et court, espèce de sinus ou d'ampoule, destiné pour le foie, dans lequel il pénètre après s'être partagé en deux branches, l'une pour le lobe droit, et l'autre pour le lobe gauche. (*Voyez pl.* XXI, *fig.* 2.)

La veine ombilicale, réduite alors à un très-petit calibre, se porte ainsi, sous le nom de *canal veineux*, vers l'oreillette droite du cœur, dans laquelle elle pénètre, confondue avec la veine-cave inférieure. Le sang qui arrive au cœur par cette dernière, se trouve séparé, par la valvule d'Eustache, du courant que forme celui de la veine-cave supérieure. Lancé dans une direction différente, il va heurter contre la cloison des oreillettes, passe par le trou ovale ou de Botal et souleve sa valvule qui, se trouvant du côté de l'oreillette gauche, ne permet pas au sang de repasser dans l'oreillette droite.

Arrivé dans l'oreillette gauche, le sang est transmis dans le ventricule du même côté, et de là dans l'aorte ascendante, au moins en très-grande partie; après avoir parcouru la tête et les membres thoraciques, il est rapporté par la veine-cave supérieure dans l'oreillette droite, qui le transmet dans le ventricule droit, et celui-ci dans le tronc de l'artère pulmonaire. Une petite portion du sang transmis par cette artère, se rend aux poumons qui, affaissés et sans action, n'en pourraient recevoir une plus grande quantité. La plus grande partie passe dans l'aorte descendante au moyen du canal artériel, (*voy. pl.* XXI, *fig.* 2), et après avoir parcouru toute l'étendue de cette dernière, retourne à la mère par les artères ombilicales. (*Voy. pl.* XXI, *fig.* 4.)

Voici maintenant, quels sont les changemens les plus remarquables qui surviennent dans la circulation du fœtus au moment de sa naissance;

Aussitôt que l'air pénètre dans les poumons du nouveau-né et que sa respiration s'établit, le sang qui se trouve alors en rapport avec les vésicules aériennes, éprouve à l'instant même les changemens les plus remarquables, et de noir qu'il était, il devient tout à coup vermeil et très-léger. Ce sang revient pour la première fois par les veines pulmonaires dans l'oreillette gauche, abaisse la valvule du trou ovale et s'oppose ainsi à la transmission de celui qui, pendant toute la grossesse, arrivait par l'oreillette droite; porté dans le ventricule gauche et de là dans l'artère aorte, il en parcourt toute l'étendue et rend nulle la communication établie entre cette dernière et l'artère pulmonaire, au moyen du canal artériel qui s'affaisse et finit par s'oblitérer. La colonne de sang qui parcourt la partie inférieure de l'aorte, arrivée au lieu de sa bifurcation, ne passe plus par les artères ombilicales, mais s'élance dans les illiaques, et se porte aussi en abondance dans les membres inférieurs.

Par suite de l'abaissement de la valvule du trou de Botal, le sang qui revient des parties inférieures, rapporté dans l'oreillette droite par la veine-cave descendante, se mêle pour la première fois avec celui qui coule des parties supérieures, rapporté de même par la veine-cave ascendante. Transmis de l'oreillette droite dans le ventricule du même côté, le sang est chassé dans les poumons par l'artère pulmonaire, dont le canal de communication avec l'aorte tend à s'oblitérer de plus en plus.

Pour terminer l'histoire anatomique et physiologique du fœtus, il nous reste à dire un mot de sa longueur, de son poids, de sa situation et de ses mouvemens.

La longueur d'un enfant à terme est ordinairement de 18 à 21 pouces; son poids, plus variable, est de 5 à 7 livres. Au-dessous de 5 livres il est délicat, faible ou malade, et il n'est pas toujours certain de le conserver; au-dessus de 7 livres, et lorsque son poids va à 8, 9, et même 10 livres, sa grosseur est démesurée : sa sortie spontanée le plus ordinairement laborieuse, quelquefois même impossible par les seuls secours naturels, exige assez souvent l'emploi des moyens artificiels.

La position du fœtus dans le sein de sa mère est absolue ou relative. La position absolue résulte de la manière particulière dont les différentes parties de l'enfant sont disposées par rapport à lui-même; c'est-à-dire que dans le plus grand nombre de cas, il est recourbé sur lui-même, ayant la tête fléchie sur la poitrine, les bras croisés et appuyés sur le thorax, les cuisses fléchies sur l'abdomen, les jambes appliquées sur ces dernières, et les talons au niveau des fesses. Dans cette position accroupie et comme pelotonnée, il représente assez bien une figure ovoïde, dont le grand diamètre, de l'occiput aux talons, est de 9 à 10 pouces.

La position relative du fœtus n'est autre chose que la situation particulière qu'il affecte dans l'intérieur de la matrice, aux différentes époques de la grossesse. Les anciens avaient sur cet objet des idées fort singulières; ils prétendaient que pendant les sept premiers mois de la gestation, le fœtus était appuyé sur la colonne vertébrale, la tête en haut et les fesses en bas, et qu'au septième mois il faisait ce qu'on appellait la culbute. Cette vieille erreur n'est plus soutenable. Le toucher démontre en effet que chez presque toutes les femmes grosses, la tête de l'enfant repose dans les environs du col de l'utérus, long-tems avant le septième mois, et qu'on la rencontre même dès le cinquième. (Pour la situation du fœtus, *voy. pl.* XVII *et* XVIII). Cependant cette situation n'est pas tellement invariable qu'elle ne puisse offrir de nombreuses variétés, comme le prouvent les accouchemens dans lesquels le fœtus présente tour à tour les pieds, les fesses, et même telle autre partie de sa surface extérieure, dont la présence, étant même un obstacle insurmontable à la terminaison naturelle de l'accouchement, exige pour l'obtenir l'emploi de moyens plus ou moins laborieux. C'est ce qui sera exposé plus bas, à l'histoire particulière de la manœuvre.

Les mouvemens du fœtus sont actifs ou spontanés, passifs ou communiqués. Les mouvemens actifs dépendent de son action musculaire, et se manifestent aussitôt que cette action peut être mise en jeu. C'est ordinairement vers le quatrième mois et demi de la grossesse qu'ils commencent à se faire sentir, d'abord d'une manière très-foible; ils augmentent ensuite et deviennent quelquefois tellement actifs, tellement précipités, que la mère en est beaucoup incommodée. Les mouvemens actifs sont pour elle la preuve que son enfant est vivant.

Les mouvemens passifs ou communiqués sont ceux que la femme peut lui faire éprouver en s'inclinant tantôt dans un sens, tantôt dans un autre. Le toucher lui en imprime de particuliers, qui portent le nom de *ballotement*, et que l'on peut rigoureusement rendre sensible dès le cinquième mois et même plutôt, comme l'expérience le prouve journellement. Ces mouvemens sont pour l'accoucheur la preuve de la présence de l'enfant dans l'utérus développé, et le signe pathognamique de la grossesse.

Les résultats obtenus par le stethoscope ne font que confirmer ces premières preuves; mais seul il ne peut les suppléer.

De la Division du Fœtus.

Après avoir étudié le fœtus sous ses rapports anatomiques et physiologiques, nous allons le considérer sous celui de la pratique des accouchemens.

Si l'accouchement se terminait toujours de la même manière, s'il n'était jamais accompagné d'accidens, s'il ne devait pas au contraire réclamer très-souvent les secours de l'art, les détails

dans lesquels nous allons entrer seraient parfaitement inutiles. L'expérience prouve malheureusement que la vie de la femme et celle de son enfant seraient souvent compromises, si l'art ne venait alors au secours de la nature impuissante.

On divise le fœtus en tête, en tronc, et en extrémités ou membres inférieurs, les supérieurs appartenant au tronc, dans la division que nous venons de présenter.

La tête, d'une figure ovoïde, alongée de devant en arrière, se compose du crâne et de la face. Le crane, proportionnellement beaucoup plus vaste que la face, est formé des mêmes os que chez l'adulte, avec cette différence que le frontal est constamment partagé en deux parties égales, une à droite et l'autre à gauche.

Les os du crâne chez le fœtus jouissent d'une grande mobilité, et la tête elle-même est susceptible d'une compression facile sur sa longueur. Ces avantages sont dus à la présence des sutures membraneuses, qui unissent les os du crâne entre eux, et de plusieurs fontanelles également membraneuses; deux surtout sont remarquables par leur étendue; l'une, antérieure, (*fronto-pariétale*) quadrilataire, est située au centre de la région sincipitale; l'autre, postérieure, (*occipito-pariétale*) triangulaire, occupe le centre de l'occiput. (*Voy. pl.* XXIII, *fig.* 1.)

On distingue à la tête du fœtus quatre diamètres et trois circonférences.

Le premier diamètre (*occipito-mentonier*) s'étend du milieu de la mâchoire inférieure à l'occiput; son étendue est de 5 pouces. (*Voy. pl.* XXIII, *fig.* 3.)

Le second (*occipito-frontal*) s'étend de la partie moyenne du front à l'occiput, son étendue est de 4 pouces 1/2. (*Voy. pl.* XXIII, *fig.* 3.)

Le troisième (*bi-pariétal*) s'étend d'une bosse pariétale à l'autre; son étendue est de 3 pouces 1/2. (*Voy. pl.* XXIII, *fig.* 1.)

Le quatrième (*basio-sincipital*) s'étend du milieu de la fontanelle antérieure, perpendiculairement à la base du crâne; son étendue est de 3 pouces 1/2. (*Voy. pl.* XXIII, *fig.* 3.)

La grande circonférence parcourt la tête du fœtus du front à l'occiput, et de là revient au même point, en passant par la base du crâne; son étendue est de 15 pouces. (*Voy. pl.* XXIV, *fig.* 1.)

La circonférence moyenne parcourt la tête du front à l'une des bosses pariétales, de là à l'occiput, et revient au front en passant sur la bosse pariétale du côté opposé. Son étendue est de 13 pouces 1/2. (*Voy. pl.* XXIII, *fig.* 2.)

La petite circonférence part du sinciput, passe sur une des bosses pariétales, et revient au point d'où elle était partie, en passant par la base du crâne et la bosse pariétale du côté opposé. Son étendue est de 11 pouces 1/2. (*Voy. pl.* XXIII, *fig.* 3.)

La tête est susceptible d'exécuter plusieurs mouvemens qu'il est utile de connaître. Le mouvement de flexion sur la poitrine et celui d'inclinaison sur les épaules, sont sans danger. Le mouvement de flexion en arrière, ou pour mieux dire d'extension, lorsqu'il est porté trop loin, peut donner lieu à de graves accidens, et même causer la mort de l'enfant.

Le mouvement de rotation ne peut aller qu'à un huitième de cercle; porté plus loin, il cause infailliblement la mort de l'enfant.

La connaissance du tronc est beaucoup moins importante que celle de la tête; il suffit de savoir que le diamètre qui s'étend d'une épaule à l'autre (*diamètre acromial*) est de 4 pouces, et que ses mouvemens, moins étendus que ceux de la tête, exigent surtout que, dans les différentes circonstances dans lesquelles on est obligé d'employer une manœuvre quelconque, on ne le courbe pas dans un sens contraire à sa flexion naturelle.

Les membres du fœtus jouissent d'une grande flexibilité. Ils sont, en effet, de coton quand on les ramène dans le sens de leur flexion naturelle, mais ils sont de fer quand on veut les courber en sens contraire.



Matrice double.



Vue des ligamens ronds.

Dessiné par A. Chazal.

Gravé par Forestier.

15 Jours

Fig. 1.

Fig. 2.

21 Jours

Fig. 3.

45 Jours

Fig. 4.

2 Mois.

Fig. 5.

3. Mois.

Fig. 6.

4 Mois.

Fig 7.

5. Mois.

Fig. 8.

A. Chazal del.

Forestier Sculp.



Pl. XVIII.
Fig. 1.
7. Mois.
Fig. 2.
9. Mois.
A. Chazal del
Forestier Sculp

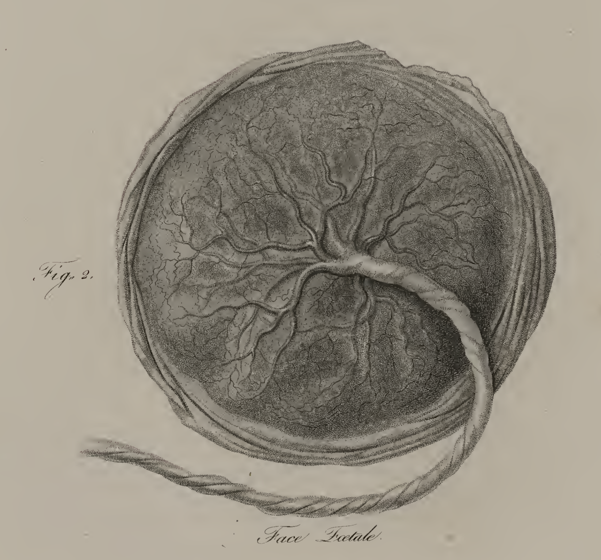
Placenta

Fig. 1.



Face Uterine

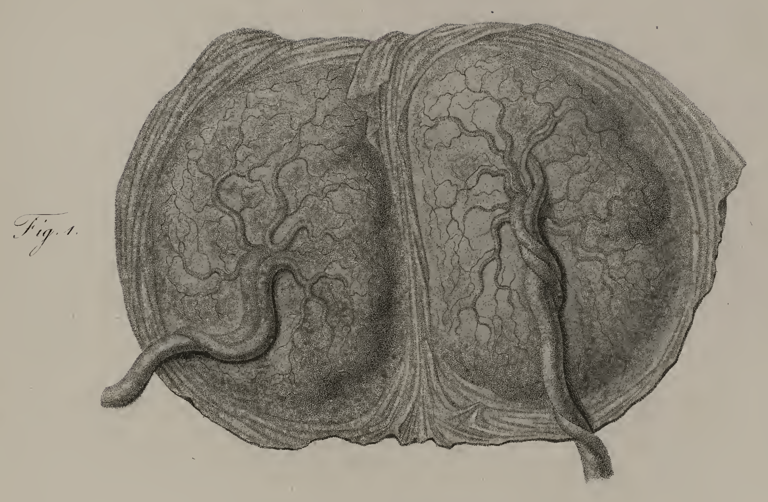
Fig. 2.



Face Fœtale

A. Chazal del.

Forestier Sculp.



Placenta Double.



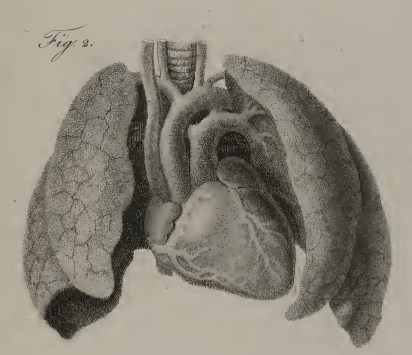
Cordon Ombilical.

A. Chazal del.

Forestier sculp.

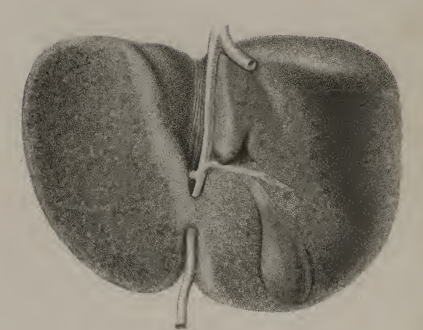
Circulations du Fœtus.

Fig. 2.



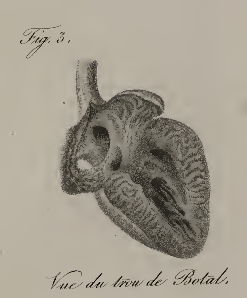
Disposition du Canal artériel.

Fig. 1.



Disposition du Canal Veineux

Fig. 3.



Vue du trou de Botal.

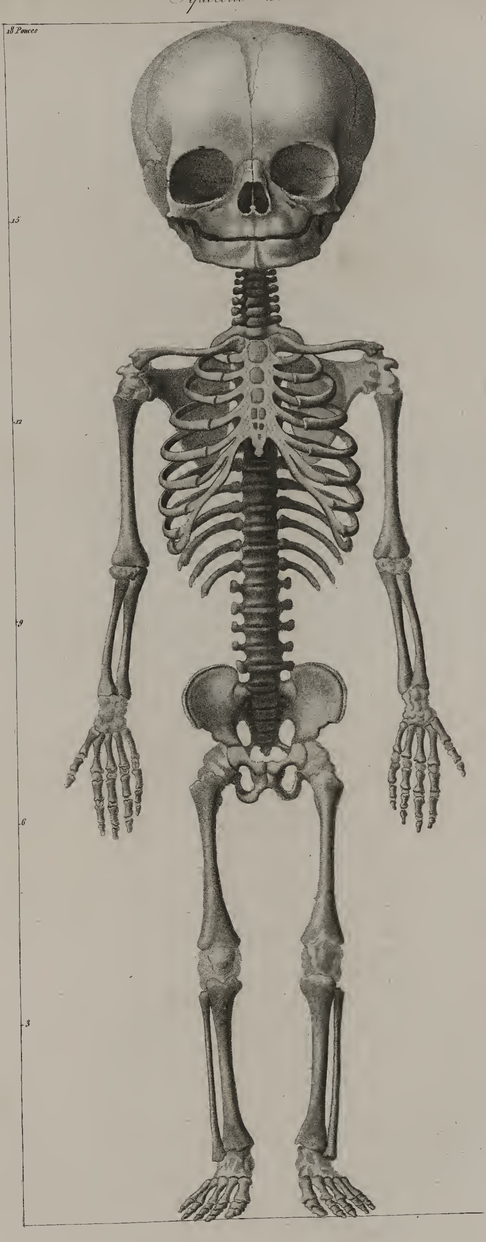
Fig. 4.

Disposition des artères Ombilicales.

A. Chazal del.

Forestier Sculp.

Squelette de Fœtus.



A. Chazal del.

Forestier Sculp.

Fig. 1.

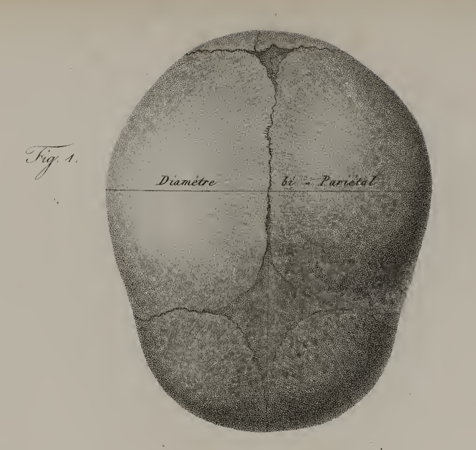


Fig 2

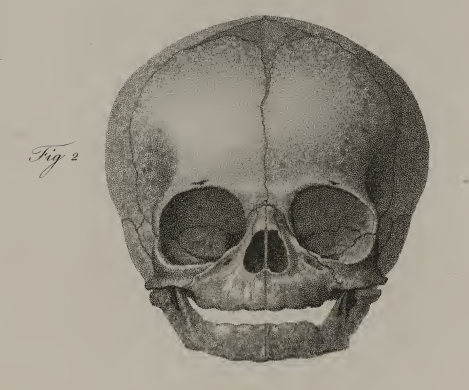
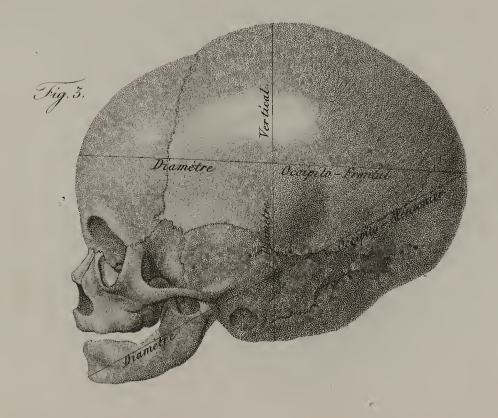


Fig. 3.

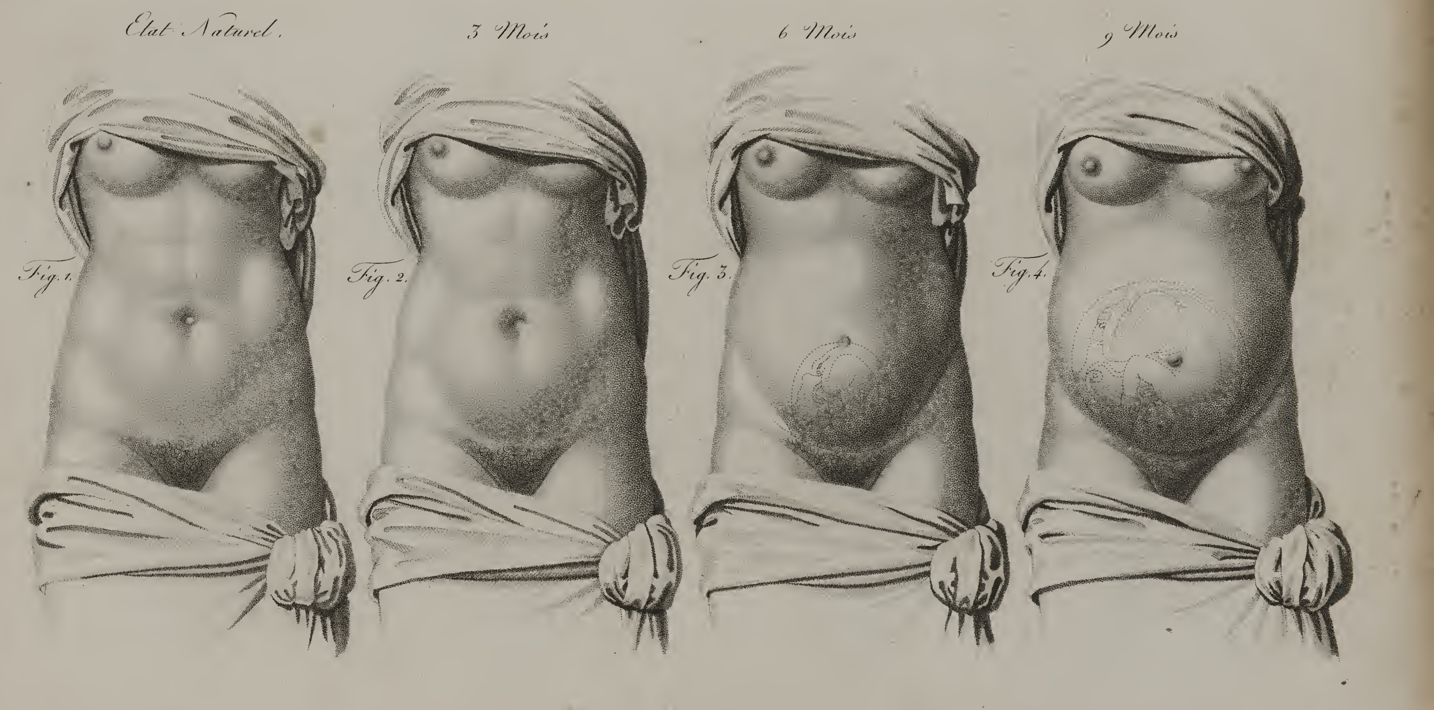


A. Chazal del.

Forestier Sculp.



A. Chazal del. Forestier Sculp.


Histoire de la Grossesse.
Etat Naturel.
3 Mois
6 Mois
9 Mois
Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 3.
Fig. 4.
Chazal del.
Forestier Sculp.

Etat Naturel. 3. Mois. 6. Mois. 9. Mois.

Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4.

Chazal del. Forestier Sculp.

Vue générale de l'enfant et des parties de la femme a la fin de la grossesse.

Chazal del.

Forestier Sculp.



Toucher, la femme debout



Toucher en position horizontale.

Dessiné par A. Chazal. Dirigé par Couché fils.



Toucher pour exécuter le balottement.

Dessiné par A. Chazal.

Dirigé par Couché fils.

HISTOIRE NATURELLE DE LA GROSSESSE.

Dans l'histoire de la grossesse, nous avons à considérer : 1°. sa définition ; 2°. ses différences ou divisions ; 3°. ses signes.

On ne peut disconvenir que la grossesse ne forme la partie la plus importante des fonctions génératrices, mais, à elle seule, elle n'en compose pas l'histoire entière. L'accomplissement de ces fonctions exige en effet le concours de plusieurs phénomènes qui, tous dirigés vers un même but, ont pour résultat définitif la naissance d'un nouvel être.

C'est par la menstruation que la nature prélude au grand œuvre de la reproduction, qui ne peut s'accomplir sans un acte préliminaire, indispensable, acte qui se répète avec des nuances infinies chez toutes les espèces douées de la faculté d'engendrer : c'est la génération proprement dit. La conception n'est donc que l'union des principes fournis dans l'acte générateur, et la grossesse l'état positif d'une femme qui a conçu. Mais quel est l'intervalle qui sépare chacun de ces grands phénomènes ? L'anatomie ne peut le décrire ; la physiologie, avec ses brillantes hypothèses, ne peut le faire connaître ; l'imagination seule peut à peine en apprécier les distances imperceptibles. Voici sur un objet si merveilleux la seule manière de rendre sa pensée : *Du moment où la génération se fait, la conception a lieu, et la grossesse existe.*

Définition. — D'après ces considérations, on peut définir la grossesse : état d'une femme qui, après la conception, renferme dans son sein les principes fécondés d'un nouvel être. La grossesse commence donc immédiatement après la conception, et se termine par l'accouchement. Sa durée totale est ordinairement de deux cent soixante-dix jours, ou neuf mois solaires. Cependant il n'est pas impossible que ce terme ne soit retardé ou avancé de quelques jours, comme le prouvent plusieurs faits bien constatés. Mais ce n'est point ici le lieu d'approfondir une question dont l'examen rentre dans le domaine de la médecine légale.

Division et différences. — On divise la grossesse en raison : 1°. de son siége ; 2°. de la nature des substances qui la forment ; 3°. du nombre de produits dont elle se compose.

En raison de son siége, on la divise en utérine et en extra-utérine : l'une et l'autre peut être vraie ou fausse.

A. Parlons d'abord de la grossesse extra-utérine ou par erreur de lieu. On en distingue trois espèces principales, qui sont : la grossesse de la trompe, celle de l'ovaire, et la grossesse abdominale, qui peut être primitive ou secondaire. On admet encore plusieurs autres variétés de grossesses extra-utérines. Nous n'en parlerons point, la plus longue pratique fournissant à peine l'occasion d'en rencontrer une seule.

Dans les grossesses extra-utérines, le produit de la conception parvient rarement à son entier accroissement ; en admettant même qu'il y arrivât, la femme n'ayant point de moyens de l'expulser hors du lieu dans lequel il est renfermé, sa mort est une suite inévitable de l'erreur de la nature à son égard.

Les signes des grossesses extra-utérines sont diffus et très-équivoques ; par conséquent, ce n'est point par analogie, mais bien plutôt par opposition avec la grossesse utérine qu'on peut les établir.

Comme l'issue de toutes ces grossesses est presque toujours malheureuse, quand l'enfant parvient à un certain volume, la terminaison la moins fâcheuse pour la femme, c'est lorsque le produit, arrêté dans son développement, périt vers le deuxième ou troisième mois de la grossesse, et passe à l'état de pétrification.

B. La grossesse utérine est celle dans laquelle le produit de la conception, fécondé et déposé dans l'utérus, s'y développe d'après les lois connues de l'organisation des animaux. On la divise en vraie et en fausse.

On donne, en général, le nom de fausse grossesse, ou de grossesse apparente, à tout état de la femme, qui, simulant une véritable grossesse, peut en imposer même aux praticiens les plus expérimentés.

Les différentes circonstances qui peuvent donner lieu à ces espèces de grossesses, tiennent, en général, à des affections morbifiques plus ou moins graves, dont le siége peut être dans la matrice ou dans ses dépendances, dans les intestins ou dans toute autre partie de l'abdomen, au nombre desquelles il faut surtout compter une mole, des hydatides, un polype, de l'eau, du sang, des mucosités, de l'air, l'engorgement chronique de l'utérus, le développement d'un corps fibreux dans sa substance, un squirrhe, l'hydropisie des ovaires, des trompes; l'ascite, la tympanite, les tumeurs du mésentère, etc.

La grossesse utérine vraie est encore appelée naturelle, ordinaire, favorable, etc.; elle peut être simple ou composée. Elle est simple, quand il n'y a qu'un seul fœtus dans la matrice; composée, quand il y en a plusieurs.

Signes. — On distingue les signes de la grossesse en présomptifs ou rationnels, en positifs ou sensibles.

A. Les signes présomptifs ou rationnels sont ceux qui font soupçonner ou présumer que la grossesse existe. Quoique très-nombreux, ces signes sont fort incertains, et on ne peut tirer que des conjectures de leur présence. Parmi ces signes, il en est qui affectent toute l'économie, ce sont les signes présomptifs généraux; il en est d'autres qui se bornent à manifester leur présence sur un point isolé de l'économie, ce sont les signes particuliers ou locaux.

Les premiers se tirent de tous les changemens que la femme éprouve dans la marche régulière et naturelle de ses fonctions, dans ses habitudes, ses penchans et ses goûts particuliers, dont les effets sont surtout marqués par la pâleur du visage et une certaine altération dans les traits de la figure, qui n'appartient qu'aux femmes grosses, mais que l'œil le plus exercé ne peut pas toujours reconnaître.

Les signes particuliers ou locaux sont d'une nature plus positive. On peut en constater la présence : seulement ils n'indiquent pas d'une manière certaine la réalité de la grossesse, mais ils méritent toute l'attention du praticien. Ces signes sont : 1°. la suppression des menstrues; 2°. la grosseur et le développement de l'abdomen; 3°. la décoloration de l'aréole et son rembrunissement; 4°. le gonflement des mamelles, et le suintement du mamelon.

1°. Il est deux circonstances remarquables de la vie de la femme, pendant lesquelles les règles se suppriment, sans que sa santé en soit sensiblement incommodée; ces deux circonstances sont la grossesse et l'allaitement. Mais, loin que la suppression des règles soit un signe certain de grossesse, elle n'en est même pas toujours un signe rationnel, rien n'étant aussi variable ni aussi sujet à se déranger que cette évacuation. De plus, son apparition constante et régulière n'est point la preuve formelle que la femme ne soit pas grosse, puisque des exemples multipliés démontrent que, quoique enceintes, des femmes n'ont pas laissé que de *voir*, au moins pendant les premiers mois de la gestation.

2°. Dès qu'une femme s'aperçoit que son ventre grossit et se développe, elle se croit enceinte, surtout si ce signe est accompagné de la suppression de ses règles.

Il est vrai que la grossesse amène la grosseur et le développement du ventre; mais les causes étrangères à la grossesse qui peuvent produire ce développement, sont trop multipliées pour qu'on puisse accorder à ce signe toute la valeur qu'il mérite, dans le cas d'une véritable grossesse. D'ailleurs, le ventre ne grossit visiblement qu'après le troisième mois,

et comme le toucher, à cette époque peu avancée de la grossesse, ne peut fournir que des données vagues, il ne faut prononcer qu'avec beaucoup de réserve sur la grosseur du ventre, même comme signe rationnel de grossesse. Plus tard, et lorsque la grossesse est très-avancée, le volume du ventre n'ajoute rien à sa certitude; d'autres signes plus positifs ne laissent aucun doute sur sa présence.

3°. La sympathie qui existe entre l'utérus et les mamelles, explique assez l'influence que la grossesse exerce sur ces dernières. Le plus ordinairement, cette influence ne se fait sentir que vers le quatrième mois, pour ne plus cesser, il est vrai, qu'après l'accouchement, époque où d'autres fonctions s'établissent dans ces organes. Cependant il n'est pas rare de voir les mamelles se gonfler dès les premiers tems de la grossesse, et même fournir par le mamelon un suintement assez marqué. Ce sont ces anomalies qui jettent de l'incertitude sur le gonflement des mamelles, comme signe présomptif de la grossesse, quoiqu'il reste constant, qu'il est un des moins équivoques, parce qu'il est rare que dans les fausses grossesses, les causes qui les occasionnent produisent sur les seins les mêmes effets que la véritable grossesse. Seul, cependant, le gonflement des mamelles et le suintement par le mamelon, seraient loin d'être des motifs suffisans de croire à la présence de la grossesse, puisqu'on a des exemples que, chez des femmes qui n'étaient réellement point enceintes, chez de très-jeunes filles même, ces phénomènes se sont manifestés.

4°. La couleur foncée et comme brunâtre qui recouvre l'aréole et le mamelon, est assez généralement regardée comme un signe de grossesse, parce qu'il est démontré que les hydropisies, et toutes les autres circonstances qui peuvent produire la grosseur du ventre, n'ont point d'action sur les mamelles, et ne donnent lieu à aucun changement de forme et de couleur dans ces organes. Cependant ce signe ne suffirait pas toujours pour assurer la présence de la grossesse; des femmes ayant naturellement l'aréole noir, et d'autres, qui même ont eu plusieurs enfans, n'ayant éprouvé aucune altération dans cette partie, et l'ayant toujours conservée d'une couleur légèrement rosée, même après plusieurs grossesses.

B. Les signes sensibles, positifs ou démonstratifs de la grossesse sont de deux espèces. Les premiers, qui se tirent de la vue et du toucher, composent son histoire expérimentale ou pratique. Ils font connaître les changemens qu'éprouve la matrice pendant la grossesse, dans sa forme, dans sa figure et dans sa situation; c'est ce qu'on peut appeler les phénomènes physiques de la grossesse.

Les seconds ne sont point accessibles à nos sens; ils résultent des changemens que la matrice éprouve dans son organisation pendant le cours de la grossesse, changemens qui s'opèrent en vertu des propriétés dont elle jouit alors, et qui forment les phénomènes physiologique de la grossesse. Leur étude compose ce que nous appelons l'histoire physiologique ou de raisonnement de la grossesse : ce sont là ses véritables signes rationnels.

1°. *Histoire expérimentale de la grossesse.*— A la fin du premier mois, rien n'indique à l'accoucheur, au moins d'une manière sensible, non-seulement que la grossesse existe, mais même que la matrice soit en état de plénitude ou d'action; aucun des signes soi-disant rationnels ne s'est encore manifesté, et les données générales indiquées par quelques auteurs, sont trop vagues pour qu'on puisse y ajouter foi. Il n'en est pas de même à la fin du deuxième mois (soixante jours accomplis); la pratique du toucher peut, à la rigueur, nous faire distinguer l'état de plénitude de la matrice, ainsi que les légers changemens survenus dans sa figure et son volume, et faire présumer l'existence de la grossesse. Voici le tableau rapide des phénomènes physiques qu'elle présente pendant le cours de la gestation, observés à la fin de chaque mois.

Pendant tout le cours du premier mois, la matrice ne paraît point éprouver de changement sensible dans sa forme et son volume. Il est même probable que, loin d'acquérir de l'augmentation, elle se resserre au contraire, comme si elle voulait embrasser plus étroitement le nouveau produit renfermé dans son sein.

A la fin du deuxième mois, son volume est sensiblement augmenté, sa forme est arrondie : elle remplit la plus grande partie du petit bassin ; mais le ventre, loin de grossir, devient plus resserré au contraire, plus tendu, et quelquefois même un peu douloureux.

Après le troisième mois, son volume augmente ainsi que sa longueur, son fond s'élève à la hauteur de la région pubienne ; elle se trouve alors au niveau du détroit supérieur ou abdominal. Le doigt, introduit dans l'intérieur du vagin, la reconnaît à sa forme arrondie, globuleuse, égale. On peut la soulever sans faire éprouver à la femme de douleur sensible. Le ventre est légèrement tuméfié par le refoulement de l'intestin. (*Voy. pl.* XXV, *fig.* 2.) Mais le col n'a éprouvé aucune espèce de changement, et ne peut fournir, par conséquent, aucun signe sensible de la grossesse.

L'usage du *stéthoscope*, s'il était possible de l'appliquer dans l'intérieur du vagin, pourrait fournir, à cette époque, des résultats précieux pour confirmer l'état de plénitude de l'utérus par un corps organisé.

A la fin du quatrième mois, l'utérus déborde le petit bassin ; son fond se trouve à deux ou trois travers de doigt au-dessus de la région des pubis. Le ventre est sensiblement augmenté. Mais c'est du côté du vagin que l'on peut reconnaître, avec plus de certitude, la présence de la grossesse. Il n'est pas impossible, en effet, de faire exécuter le ballottement, la tête du fœtus ayant acquis, à cette époque, assez de volume et de pesanteur pour obéir d'une manière sensible au mouvement qu'on lui imprime. Il n'est même pas rare qu'à la même époque, la femme ne ressente les premiers mouvemens de son enfant.

A la fin du cinquième mois, il ne reste plus d'équivoque sur la présence de la grossesse. Tous les signes, soit sensibles, soit rationnels, se réunissent en foule pour la confirmer. On trouve le fond de l'utérus à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le toucher fait reconnaître manifestement la présence de l'enfant, et le ballottement, exécuté par une main habile et exercée, se manifeste avec la plus grande facilité.

A la fin du sixième mois, la rapidité avec laquelle s'opère le développement de l'utérus, est telle que le fond de cet organe s'élève à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Sa forme générale est celle d'une ellipse fortement alongée de haut en bas. On reconnaît facilement par le toucher la tête de l'enfant à travers ses parois distendues. Le ballottement s'exécute sans peine ; mais une particularité qu'on n'avait point encore rencontrée caractérise la fin du sixième mois. Le col qui, jusqu'à cette époque, n'avait pris aucune espèce de part au développement du corps et du fond de l'utérus, commence à éprouver un peu d'élargissement vers sa base ; son orifice inférieur s'entrouve légèrement ; le col lui-même, un peu tuméfié, devient plus mou, et tout annonce qu'il se dispose enfin à participer à la dilatation générale de la matrice.

Dans le courant du septième mois, le fond de la matrice qui s'élève encore un peu, commence à entrer dans la région épigastrique. Mais son élévation ne présente plus la même activité, elle va toujours en décroissant au contraire, et d'elliptique qu'elle était, la matrice tend de plus en plus à prendre la forme sphérique, ce qui dépend de l'évasement du col et de la part active qu'il prend alors à la dilatation de l'utérus. Le col, en effet, perd de plus en plus de son étendue, de sa dureté. Son ouverture inférieure s'entrouve d'une manière très-sensible, et on pourrait facilement y introduire l'extrémité du doigt. C'est aussi à cette époque que les plans inférieurs de la matrice gagnent en étendue, ce qui grossit la taille de la femme et lui donne beaucoup d'épaisseur. Le ballottement commence à perdre de son élasticité, la grosseur de la tête de l'enfant ne lui permettant plus de se déplacer avec la même facilité. Mais cette circonstance ne fait que rendre plus évidente encore la grossesse dont elle sert à déterminer l'époque avancée.

Pendant tout le huitième mois, et surtout vers sa fin, le fond de la matrice occupe la plus grande partie de la région épigastrique. Sa capacité est considérablement augmentée, et sa figure devient de plus en plus sphérique et arrondie ; l'ombilic est distendu et boursoufflé ;

de son côté, le col perd de plus en plus de sa longueur et de sa dureté; il est mou, boursoufflé, surtout vers sa lèvre antérieure. La tête de l'enfant est grosse et pesante; le doigt la soulève avec peine, et le ballottement ne peut plus s'exécuter.

A la fin du neuvième mois, et de la grossesse par conséquent, le fond de la matrice, loin de s'élever toujours de plus en plus, comme on pourrait le croire, retombe plus bas qu'il ne l'était à la fin du huitième mois. On le trouve près de la région ombilicale. Toute l'amplitude de cet organe s'est portée sur ses parties latérales par suite de la dilatation définitive du col et de son extrême évasement. Le col lui-même est totalement effacé, et il ne se présente plus que sous la figure d'un bourrelet mou, plus ou moins boursoufflé. La tête de l'enfant, devenue toujours plus grosse et plus pesante, est comme engagée à travers le détroit supérieur, et il est presqu'impossible de la soulever. (*Voyez les pl.* XXV *et* XXVI, *fig.* 4, et surtout la *pl.* XXVII *et* XXVIII.)

Telle est l'esquisse rapide des changemens qui s'opèrent dans la forme, la figure et le volume de la matrice pendant tout le cours de la grossesse. Voyons quels sont ceux qu'elle éprouve dans sa propre organisation. Ils constituent les phénomènes physiologiques de la grossesse, dont la connaissance complète l'histoire générale de cette fonction. Nous terminerons cette exposition par l'histoire du *toucher*.

Des phénomènes physiologiques de la grossesse. — Indépendamment des signes sensibles et visibles de la grossesse que nous venons de faire connaître, il en existe d'autres qui, inaccessibles à nos sens, résident dans la propre organisation de la matrice. Ce sont des propriétés que la fécondation développe, et que la grossesse seule nous fait connaître. Ces propriétés sont : sa dilatation, son action propre, et sa contraction.

De la dilatation de l'utérus. — De tous les phénomènes de la gestation, il n'en est point de plus remarquable que sa dilatation, lente, il est vrai, mais constante et progressive jusqu'au moment de l'accouchement. Quelque évidente que soit cette dilatation, elle n'en est pas moins aussi surprenante que difficile à expliquer. Comment concevoir, en effet, qu'un petit œuf, d'une grosseur qu'on ne peut déterminer, composé de membranes très-minces dans lesquelles se trouve un petit embryon sous la figure d'un mucilage imperceptible, ou, selon l'expression de Puzos, d'une morve flottante dans quelques gouttes d'eau, comment ce petit corps peut-il, sans détruire son frêle tissu, étendre et dilater un organe tel que la matrice, qui présente partout une épaisseur de plus d'un demi-pouce, et dont la résistance serait presque insurmontable si sa dilatation ne reconnaissait d'autre motif qu'une cause mécanique.

Quelque difficulté cependant qu'il y ait à concevoir la dilatation d'un corps aussi fort que la matrice, par une substance aussi faible que l'embryon, il sera facile de se convaincre de sa possibilité, en développant les moyens que la nature industrieuse et attentive à la conservation du produit de la conception emploie pour l'exécution de ce mécanisme.

Du moment où l'œuf fécondé arrive dans la matrice, il se fixe à l'un des points quelconques de la surface intérieure de cet organe. Par la vive irritation qu'il y produit, il détermine l'afflux d'une quantité de fluides de toute espèce, *ubi irritatio, ibi humor;* les humeurs passant à travers le tissu léger qui unit l'œuf à la matrice, et poussées avec une force relative à la base et à la hauteur du courant de tous les fluides de l'économie, doivent à la longue forcer le tissu de la matrice à prêter et à s'alonger de dedans en dehors et par conséquent à produire sa dilatation.

Cependant la matrice, loin d'être étrangère à ce travail admirable et de ne céder qu'aux efforts distractifs du produit de la conception, y prend une part très-active au contraire. L'acte de la génération ne s'est point borné à communiquer la vie au germe qu'il a fécondé, ses effets se sont aussi portés sur la matrice, qui acquiert à l'instant même, *proprio motu*, l'heureuse faculté de s'étendre, de s'agrandir, d'offrir enfin tous les phénomènes d'une véritable dilatation; et c'est au développement, de même qu'à l'activité toute puissante de ses

propriétés vitales, que la matrice doit les phénomènes variés de cette dilatation, qui n'a besoin d'aucun agent mécanique pour s'opérer, comme on en voit des exemples dans le cas de grossesse extra-utérine. Cependant on ne peut disconvenir que l'augmentation lente, mais progressive du produit de la conception, que l'accumulation toujours croissante des eaux de l'amnios ne soient autant de causes puissantes de ce phénomène, qui demande le concours de ces dernières pour se maintenir au même degré d'activité jusqu'à la fin de la grossesse. Pour rendre cette vérité encore plus sensible, ajoutons que le fluide réagit contre les parois utérines en tous sens et sans discontinuation. Une dernière cause enfin qui tend à dilater la matrice, c'est le développement de ses vaisseaux qui, devenus d'un calibre plus considérable, admettent une plus grande quantité de sang; celui-ci, en distendant leurs parois, fournit encore à l'accroissement du globe utérin, et par suite à son expansibilité.

De l'action propre de la matrice ou de sa tonicité. — Loin d'être passive pendant le cours de la grossesse, la matrice jouit au contraire d'une vertu active proportionnée à la force et à l'énergie de ses propriétés vitales. Cette faculté, que les anciens appelaient la force tonique, et à laquelle les modernes donnent le nom de contractilité organique ou de tissu, est si inhérente à la propre organisation de la matrice, qu'elle ne peut en être privée pendant la gestation, sans qu'il n'en résulte, pour la mère et pour l'enfant, des accidens d'autant plus graves qu'on n'est pas toujours le maître d'en arrêter les suites redoutables. On y parviendrait cependant si l'on connaissait mieux le mode d'action de cette propriété, dont le but principal est la garantie et la conservation de la grossesse.

Mais s'il est assez difficile de déterminer le véritable caractère de la tonicité de la matrice, il est au moins très-facile de signaler les fâcheux effets qui résultent de son état opposé, état auquel on donne le nom d'inertie ou de syncope utérine; la faiblesse dans laquelle la matrice est alors plongée la prive également du sentiment et du mouvement; incapable de se contracter, elle laisse à nu et béants les orifices d'une infinité de vaisseaux sanguins d'où peut résulter une hémorrhagie qui peut aller jusqu'à causer la mort de la mère et de l'enfant. Une preuve évidente que l'inertie de la matrice est seule le motif des accidens qui se déclarent, c'est que le véritable moyen d'y remédier consiste à réveiller son action tonique, ce qu'on obtient par des frictions sur l'abdomen, par des applications d'eau froide et de vinaigre sur la même région, ainsi que sur les parties internes et supérieures des cuisses, enfin par tous les moyens qui, propres à exciter l'action contractile de la matrice, tendent à la remener à son degré d'énergie première.

De la contraction de la matrice. — Indépendamment des deux propriétés dont nous venons de faire mention, la matrice jouit encore d'une autre faculté qui lui est commune avec tous les muscles soumis à l'empire de la volonté, c'est la contraction. Mais elle en diffère cependant sous quelques rapports, qu'il n'est pas inutile de faire connaître. En général, les contractions de la matrice ne se manifestent jamais d'une manière aussi vive que lorsque cet organe veut se débarrasser d'un corps matériel quelconque, renfermé dans sa cavité plus ou moins agrandie, quelle que soit la cause qui l'ait produite : loin d'être entièrement soumise à la volonté, la contraction de la matrice paraît au contraire tout à fait hors de son domaine. On observe en effet que, dans les premiers momens du travail, ce qu'on appelle les douleurs se fait long-tems attendre, et que cependant la femme ne peut point à son gré en accélérer le retour, quelle que soit l'impatience qui la presse d'être promptement délivrée. D'une autre part, les douleurs, dans les derniers momens du travail, sont alors si vives, si pressantes, que non-seulement la femme ne peut pas en arrêter la vivacité, quelques efforts qu'elle fasse pour en suspendre le cours, mais qu'elle est même forcée d'en seconder les efforts, et de coopérer ainsi malgré elle à l'expulsion de la tête de l'enfant et par suite à la terminaison de l'accouchement.

Le siége de la contraction de la matrice réside essentiellement dans le tissu de cet organe,

ainsi que la sensation pénible et douloureuse qui l'accompagne, et que le vulgaire confond sous le nom de *douleurs* avec la contraction elle-même. Un dernier caractère de cette faculté, c'est que sa force et son énergie sont toujours en raison des obstacles qu'on lui oppose et des efforts que l'on fait pour la vaincre. Son action est même portée si loin quelquefois, que, semblable à celle que ferait éprouver le rapprochement forcé des deux branches d'un étau, elle produit sur la main de l'accoucheur, introduite pour exécuter une manœuvre, un engourdissement tel qu'elle en perd à l'instant même le sentimeut et le mouvement.

Du toucher.

De tous les moyens propres à constater la présence de la grossesse, *le toucher* doit être mis au premier rang, comme réunissant toutes les conditions requises pour établir les signes sensibles et positifs de la grossesse. Considéré sous ce rapport, on peut définir *le toucher* : une opération manuelle, dont le but est de faire connaître les changemens qu'éprouvent les différentes parties de la matrice dans leur situation, leur figure et leur consistance, non-seulement pendant la grossesse, mais aussi pendant et après l'accouchement. Pour pratiquer avec succès cette opération, il faut, d'une part, introduire le doigt indicateur de l'une ou de l'autre main dans l'intérieur du vagin pour juger de l'état du col, et de l'autre appliquer la main opposée sur l'abdomen pour apprécier le degré de développement de l'utérus, et du concours de ces deux modes d'exploration, acquérir d'abord la connaissance de la plénitude de la grossesse, et fixer ensuite l'époque plus ou moins avancée de la gestation.

La femme sur laquelle on exerce le toucher peut être couchée ou debout ; dans l'une et l'autre positions, la manière d'exécuter cette opération n'est pas la même et demande des soins différens.

Du toucher, la femme étant debout.—Cette manière d'exécuter *le toucher* est la plus avantageuse sous tous les rapports. Les parties de la femme sur laquelle on exerce le toucher sont dans leur situation naturelle et rien ne peut en dérober la connaissanee au doigt qui les explore. Voici la manière d'y procéder : la femme debout, le dos appuyé sur un plan vertical quelconque, doit rester dans une sorte d'immobilité pendant l'opération; ses jambes sont écartées et le bassin porté en avant; les mains sont pendantes ou mollement appliquées sur l'abdomen et croisées; toute sa personne enfin doit être dans une sorte d'abandon et de relâchement complet. Alors l'accoucheur, après avoir plongé le doigt indicateur de l'une ou de l'autre main dans un corps gras ou mucilagineux, l'introduit par la commissure postérieure dans l'intérieur du vagin, dont il parcourt toute l'étendue, jusqu'à ce qu'il rencontre le col de la matrice, qui se trouve plus ordinairement à droite et en arrière. Après l'avoir bien reconnu, il en apprécie l'étendue et la grosseur, le plus ou moins de résistance et de flaccidité; si son orifice est entr'ouvert, il y place avec ménagement l'extrémité du doigt pour juger jusqu'à quel point il a perdu de sa longueur, ce qui le conduit à la connaissance de l'époque plus ou moins avancée de la grossesse, le col ne pouvant prêter ainsi et perdre de plus en plus de sa résistance et de son étendue, sans fournir à la dilatation de la matrice et concourir ainsi à son ampliation. (*Voy. pl.* XXXII.)

Pendant qu'il parcourt ainsi avec le doigt indicateur l'intérieur du vagin, l'accoucheur doit placer le plat de la maiu opposée sur l'abdomen pour juger des changemens que la marche et le développement de la grossesse peuvent avoir apportés dans la figure et le volume de la matrice; en pressant légèrement la partie de l'abdomen où correspond le fond de l'utérus, il doit également reconnaître la hauteur à laquelle il s'est élevé.

Il nous reste à dire comment on parvient à constater par le même moyen la présence de l'enfant dans la cavité utérine, et à faire exécuter ce qu'on appelle le ballottement : on y procède de la manière suivante : entre le col et la partie voisine de la vessie, se trouve un enfoncement assez remarquable au fond duquel répond la partie inférieure de la matrice; c'est ordinairenent vers ce point que repose la tête du fœtus après le quatrième mois de la gestation; c'est aussi

dans cet endroit que l'accoucheur doit porter l'extrémité du doigt, tandis que, d'un autre côté, il appuie la main opposée sur la partie de l'abdomen où se trouve le fond de la matrice. Alors, par une action alternative, tantôt de la main placée sur l'abdomen, tantôt du doigt introduit dans le vagin, il imprime à l'enfant un mouvement par lequel il s'élève et s'abaisse tour à tour. C'est ce qu'on appelle faire exécuter le ballottement. (*Voy. pl.* XXXI.)

Le ballottement se fait rarement sentir avant le quatrième mois; avant cette époque, la tête de l'enfant est trop peu volumineuse et la quantité des eaux de l'amnios proportionnellement trop considérable, pour qu'on puisse la saisir à travers l'épaisseur des parois de la matrice. C'est à compter du 4e. jusqu'au 7e. mois que le ballottement s'exécute avec plus de facilité, la tête jouissant alors d'une élasticité plus remarquable. Il y a plus, ce phénomène, si merveilleux dans ses effets, tout en démontrant la certitude de la grossesse, annonce aussi que l'enfant est vivant, un fœtus mort n'obéissant jamais avec la même promptitude et la même légèreté aux mouvemens qu'on lui imprime.

Après le 7e. mois et dans les derniers tems de la grossesse, la tête de l'enfant devenant toujours plus pesante et la quantité des eaux de l'amnios diminuant dans des proportions inverses, il en résulte que le ballottement est alors très-difficile et même impossible à faire exécuter. Mais cette circonstance n'en devient que plus démonstrative; la tête de l'enfant occupant alors la plus grande partie du détroit supérieur, à travers lequel elle paraît déjà engagée, et le doigt pouvant sans peine l'explorer dans toute son étendue.

Du toucher, la femme étant couchée. — La manière de pratiquer le *toucher*, la femme étant couchée, diffère un peu de celle que nous venons de faire connaître, et doit être pratiquée dans des circonstances où le mode précédent ne donnerait pas les mêmes résultats. C'est surtout pendant les trois ou quatre premiers mois de la grossesse qu'on peut en retirer le plus d'avantages. Pendant le travail de l'enfantement, l'une et l'autre manières peuvent être employées avec le même succès; mais après l'accouchement et pendant le tems des couches, la femme que l'on soumet au toucher doit toujours être dans une situation horizontale, et couchée par conséquent; pour le pratiquer avec succès, il faut que la tête de la femme soit légèrement fléchie sur la poitrine, les jambes sur les cuisses, celles-ci modérément écartées. L'accoucheur placé sur le côté droit de la femme, s'il touche de la main droite, et *vice versâ* s'il touche de la main gauche, introduit le doigt indicateur de l'une ou de l'autre main dans l'intérieur du vagin, comme précédement, et d'une autre part, place la main opposée sur l'abdomen. Mais, comme le col, avant le quatrième mois de la grossesse, ne peut lui fournir aucune indication, il doit se borner à soulever le corps même de l'utérus en le balançant légèrement entre les deux mains, pendant qu'il exécute cette opération.

On ne peut retirer aucun avantage de la main placée sur l'abdomen, pendant le travail de l'enfantement; le doigt introduit dans le vagin suffit seul pour faire connaître toutes les circonstances qui précèdent et accompagnent la terminaison de l'accouchement. Il n'en est pas tout-à-fait de même après la sortie de l'enfant et pendant tout le tems des couches. Dans ce dernier cas, il est même souvent nécessaire, en introduisant l'un des doigts indicateurs dans le vagin, d'examiner si la matrice est complètement revenue sur elle-même, en plaçant, à plusieurs reprises, la main sur l'abdomen.



Fig. 1.

Position du doigt pour le toucher.

Fig. 2.



Etat du col à 3 mois.

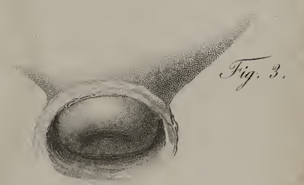
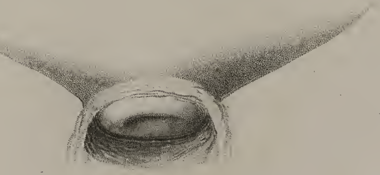


Fig. 3.

Etat du col à 6 mois.

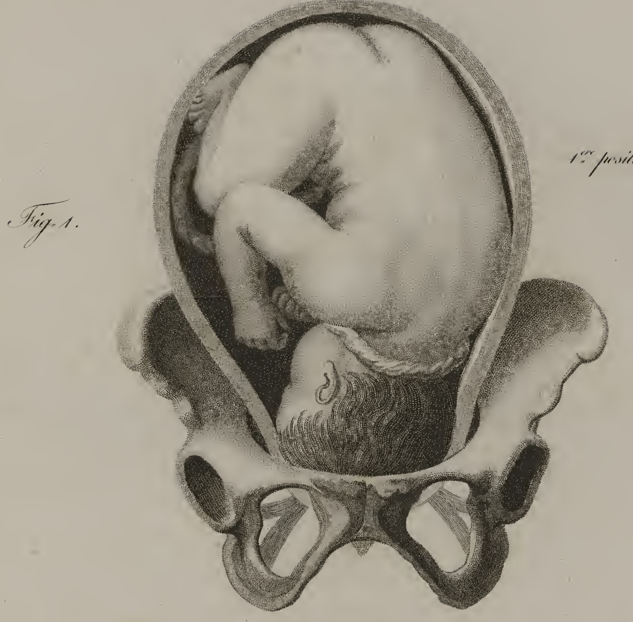
Fig. 4.

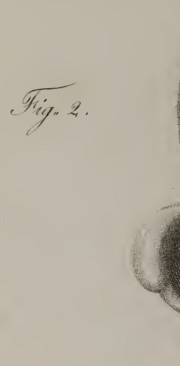


Etat du col à 9 mois

A. Chazal del.

Couché fils direx.





2e position de la tête.

A. Chazal del.

Couché fils dir.

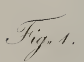




Fig. 1. 3.e position de la tête.





Fig. 2. 4.e position de la tête

A. Chazal del.

Couché fils dir.

Fig. 1.

Sortie de la tête, l'occiput en dessus

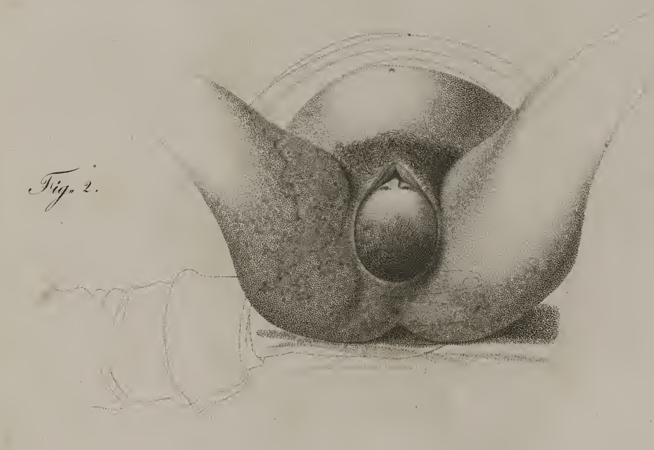


Fig. 2.

Sortie de la tête, l'occiput en dessous.

A. Chazal del.

Couché fils dir.

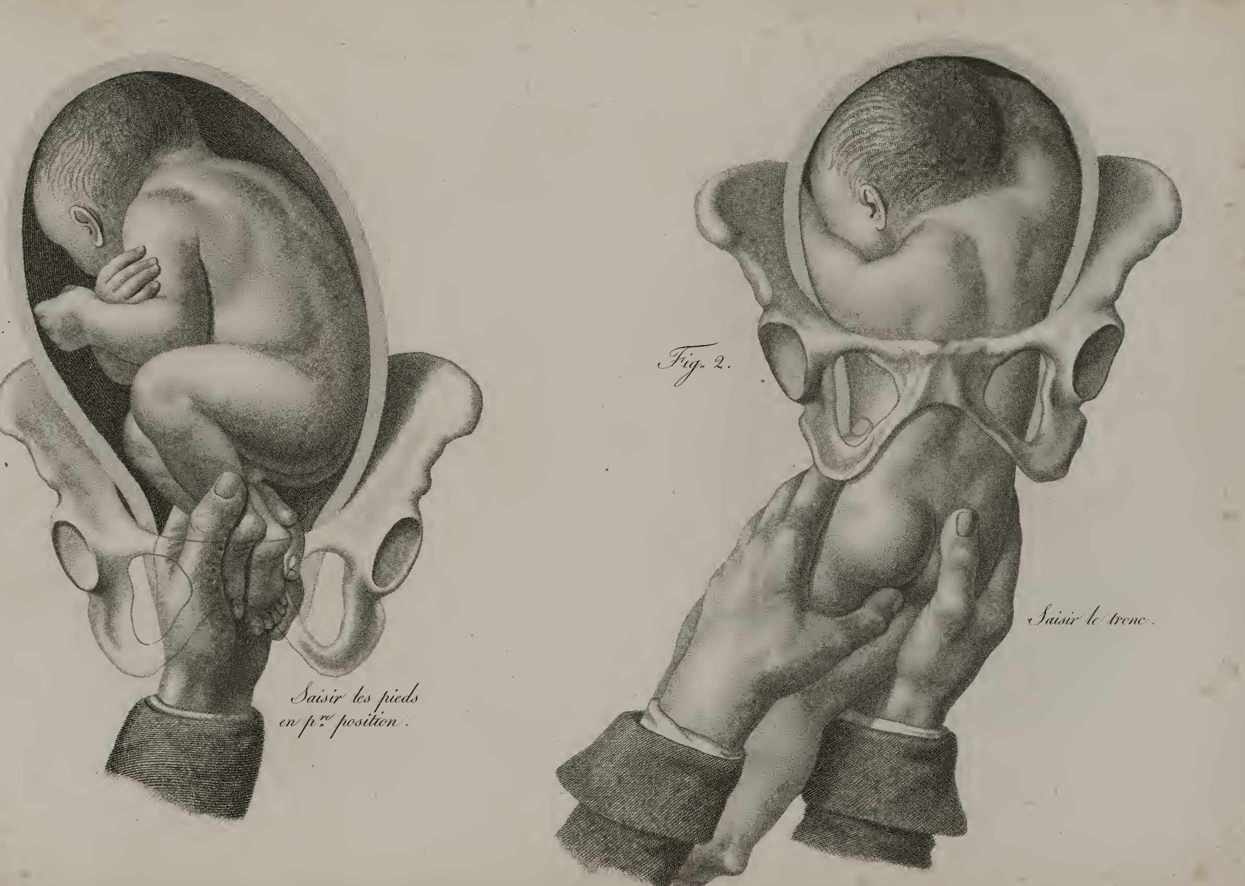
Fig. 1. Position des pieds.



Fig. 2. Position des fesses.

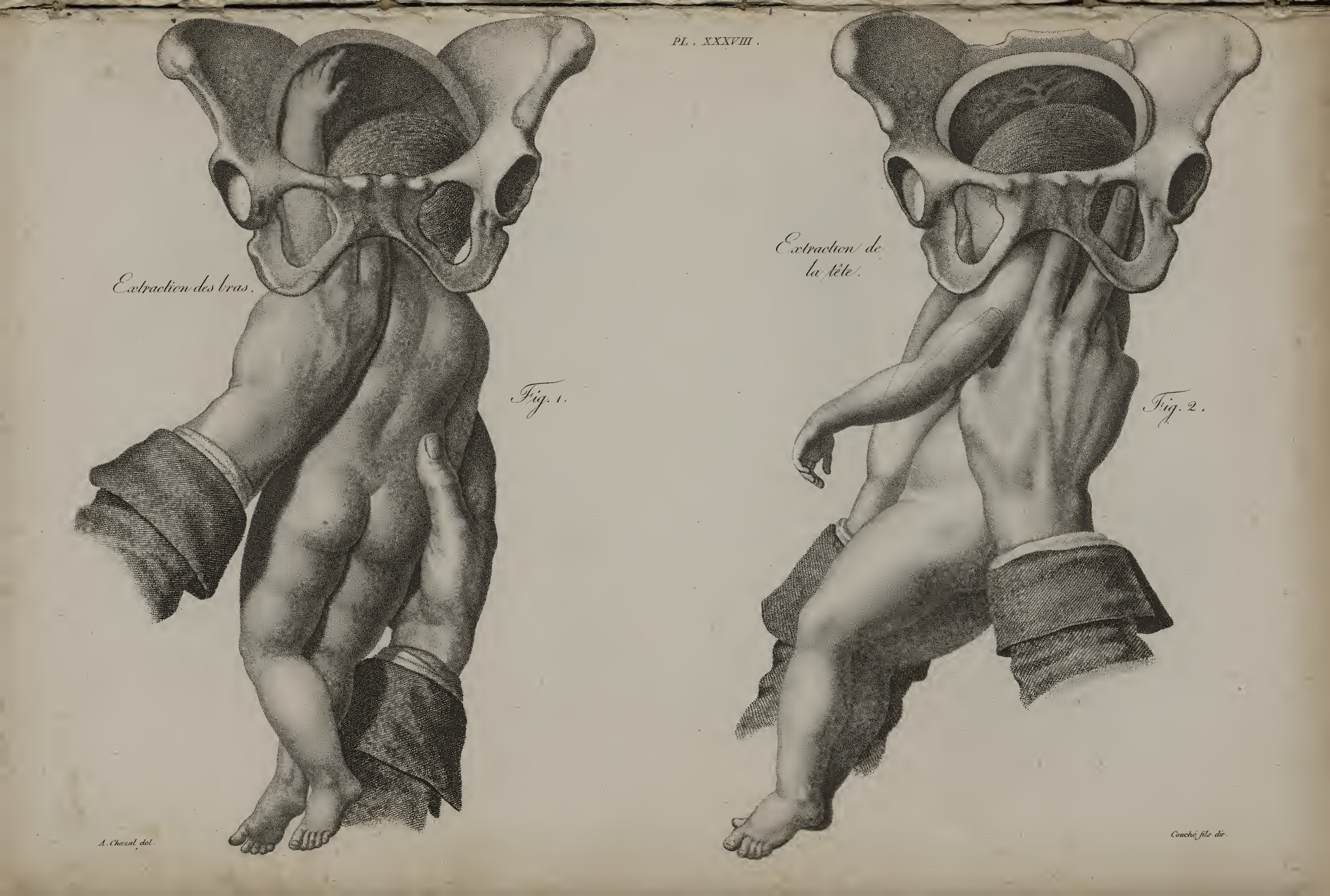
A. Chazal del.

Couché fils dir.



A. Chazal del.

Couché fils dir.


Extraction des bras.
Fig. 1.
Extraction de
la tête.
Fig. 2.
A. Chazal del.
Couché fils dir.

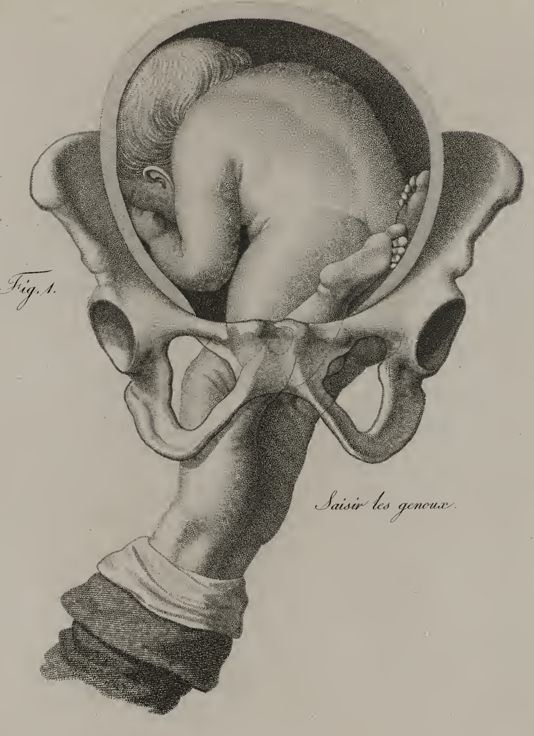


Fig. 2.

Application du lac.

A. Chazal del.

Couché fils dir.

Fig. 1.

Saisir les fesses.

Fig. 2.

Dégager les pieds.

A. Chazal del.

Couché fils dir



Fig. 1.

1.ère position du dos.



Fig. 2.

2.ème position du dos.

A. Chazal del.

Couché fils dir.



1.ère position du ventre.



2.ème position du ventre.

A. Chazal del.

Couché fils dir.

2ème position du Thorax.



Fig. 2.

1ère position du Thorax.

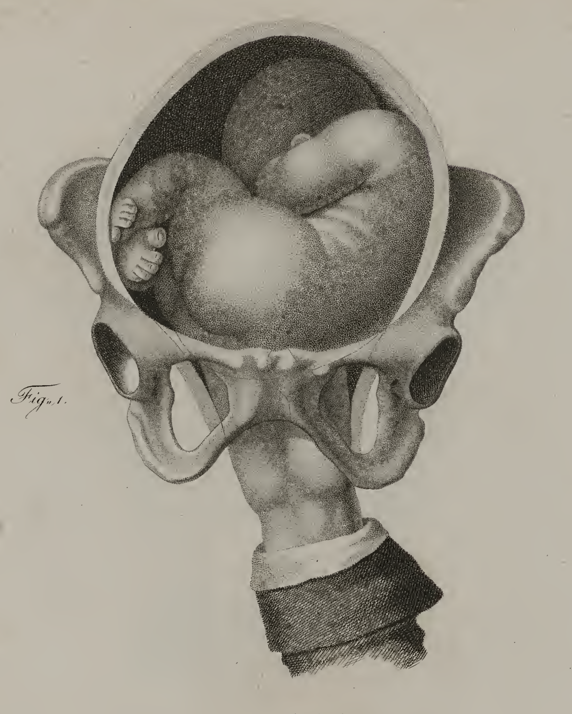


Fig. 1.

A. Chazal del.

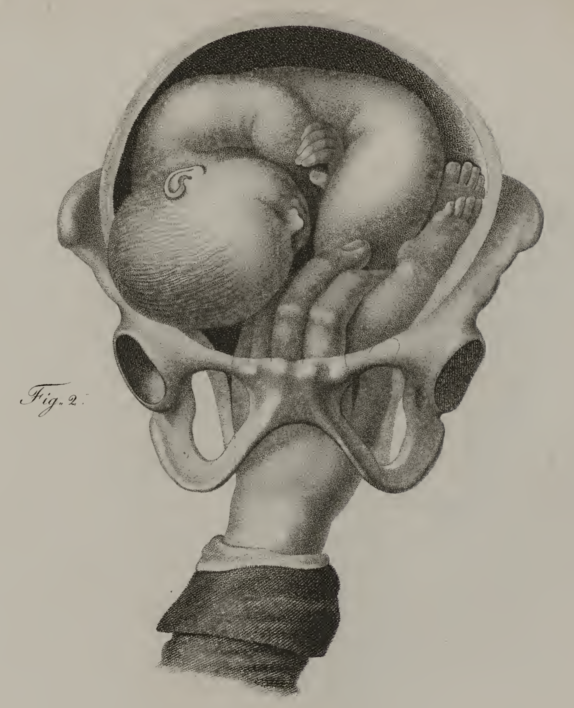
Couché fils dir.

Fig. 1.



1ère position de la hanche droite.

Fig. 2.



2ème position de la hanche droite.

A. Chazal del.

Couché fils dir.

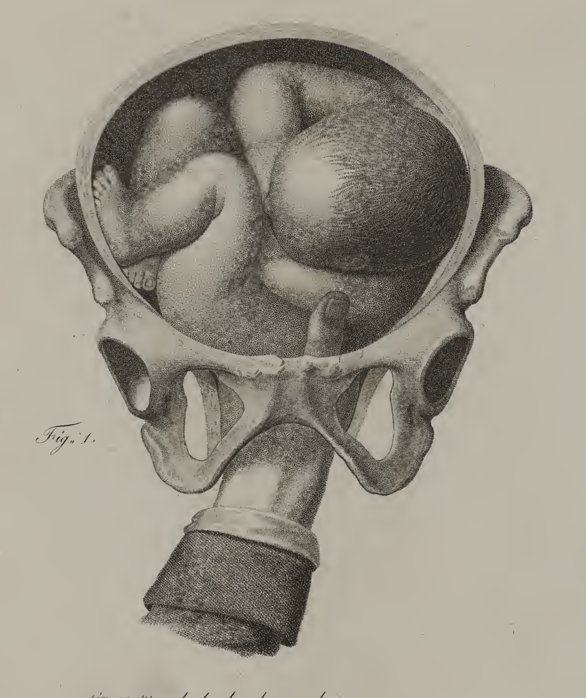
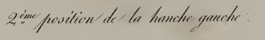


Fig. 1.

1ère position de la hanche gauche.

Fig. 2.



2ème position de la hanche gauche.

A. Chazal del.

Couché fils dir.

Fig. 1.



1ère position de l'Epaule droite.

Fig. 2.

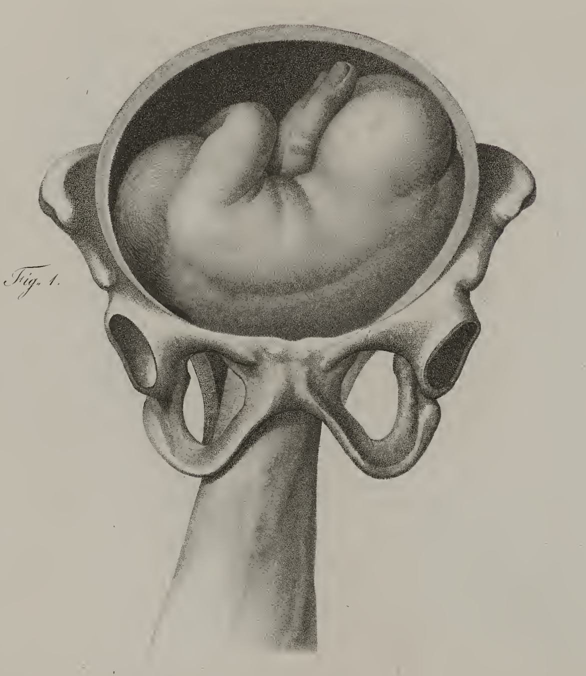


2ème position de l'Epaule droite.

A. Chazal del.

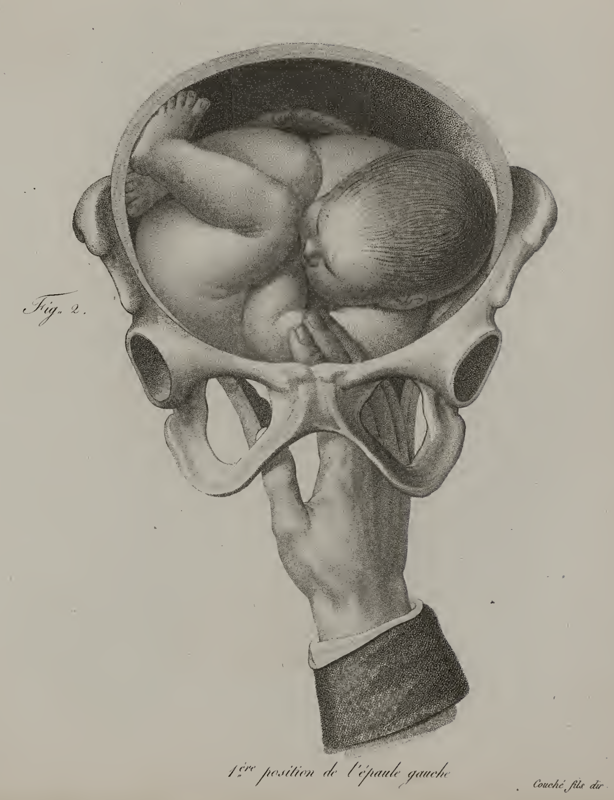
Couché, sc.

Fig. 1.



2ème position de l'épaule gauche.

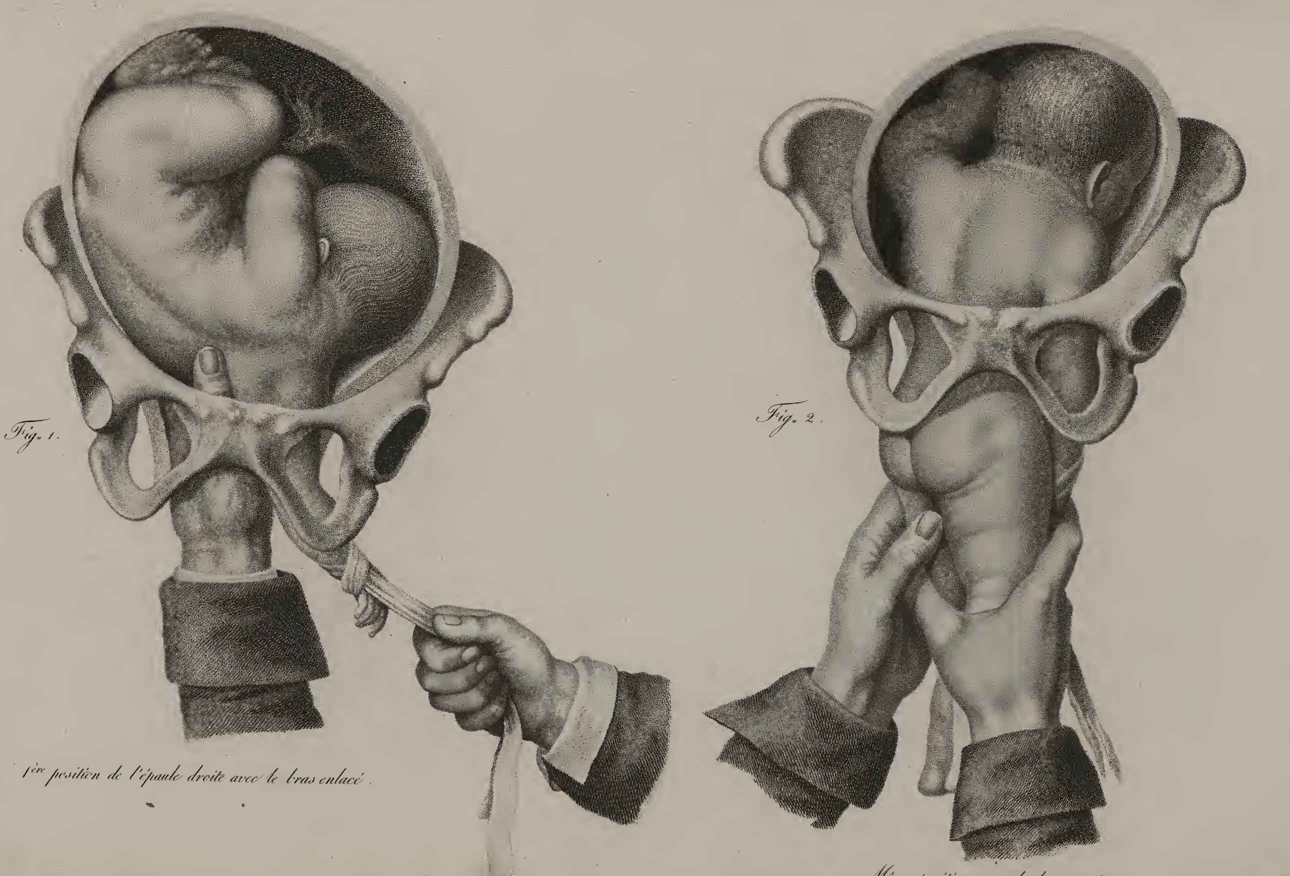
Fig. 2.



1ère position de l'épaule gauche

A. Chazal del.

Couché fils dir.



1ère position de l'épaule droite avec le bras enlacé.

Même position avec le bras sorti

A. Chazal del.

Couché fils dir.

DES INSTRUMENS RELATIFS A LA PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS.

Que les temps sont changés ! La pratique des accouchemens, autrefois si compliquée dans ses moyens, si effrayante surtout par le nombre des instrumens dont se servaient les accoucheurs, a subi de nos jours une amélioration bien salutaire. Grâces aux lumières que les progrès de la Chirurgie en général et des accouchemens en particulier, ont répandues sur cette dernière partie de l'art, le nombre des instrumens, singulièrement diminué, se borne maintenant aux plus indispensables.

Comme nous n'avons point l'intention d'offrir une description détaillée de ces instrumens, nous nous bornerons à n'en donner qu'une indication précise, en fixant d'une manière plus particulière l'opinion que nous nous sommes faite sur leur véritable mécanisme et sur les avantages qu'on peut en retirer dans la pratique.

Planche lxxiii.

Du forceps. De tous les instrumens dont l'art des accouchemens s'est enrichi depuis sa naissance, le forceps est celui dont les succès ont été et les plus éclatans et les plus réellement utiles; son invention forme une époque mémorable dans les fastes de l'art, et les services qu'il a rendus depuis qu'il est connu attestent l'excellence et la nécessité de son emploi.

Le forceps, trop répandu pour que nous en donnions une description détaillée, se compose de deux branches ou cuillers, qui se croisent et se fixent par le moyen d'un pivot mobile et d'une mortaise.

Un forceps bien fait et bien proportionné doit avoir de 17 à 18 pouces de longueur; le bouton ne doit pas occuper le milieu juste de la longeur totale de l'instrument, mais se rapprocher d'un pouce, ou à peu près, de l'extrémité des manches. Cette extrémité doit être recourbée en forme de crochet mousse et boutonnée.

Si les manches sont en bois (*forceps de Dubois*), peu importe l'épaisseur de la branche d'acier sur laquelle ils sont appliqués; dans le cas contraire, les manches doivent avoir un peu de force et d'épaisseur, pour donner de la prise et du soutien dans l'application.

Les branches, bien cintrées, bien arrondies, doivent offrir un ovale dont la grosse extrémité se trouve vers la pointe de l'instrument, et la petite vers l'entablement. Sa plus grande largeur, placée entre le tiers antérieur et les deux tiers postérieurs, sera de 2 pouces et demi. Telles sont les dimensions sur lesquelles il était plus particulièrement nécessaire d'insister.

Un bon forceps doit être en acier et non en fer : composé avec cette dernière matière, il est lourd, plie et se déforme; en acier, au contraire, il est plus léger, prête et ne se déforme pas. Celui dont nous nous servons habituellement a le bouton plein et la clef d'une forme nouvelle. Ce bouton agit circulairement, et non de haut en bas, comme aux autres forceps.

Du levier. Cet instrument, inventé par Roonhuisen, qui en a beaucoup trop exalté les avantages, réduit aujourd'hui à sa juste valeur, n'est plus employé que dans quelques cas rares, où la tête se plaçant d'une manière défavorable au détroit supérieur, n'a besoin que d'un léger mouvement pour s'engager.

Il est surtout nécessaire de le mettre en usage, lorsque la main seule ne peut parvenir à faire exécuter à la tête les mouvemens que réclame sa mauvaise position.

Le levier n'est, réellement, qu'une branche de forceps dont la courbure sur le plat est beaucoup moins prononcée, et qui n'en offre point sur le côté, comme ce dernier. Il est toujours terminé par un manche en bois.

Ce que nous avons dit de la composition du forceps s'applique également au levier.

Forceps de M. le docteur Guillon. Cet instrument diffère du précédent, non par sa manière d'agir, mais par la forme de l'entablement; il n'a ni bouton ni mortaise, et le mécanisme de sa jonction, très simple d'ailleurs, dispense de tous les embarras, de toutes les difficultés qui accompagnent si souvent l'union des branches pour les forceps ordinaires. Il offre en outre, dans la longueur des manches, plusieurs compartimens propres à renfermer divers objets utiles, soit pour l'application du forceps, soit pour quelques autres opérations de la pratique des accouchemens.

Du forceps-crochet. C'est à Smellie que l'on doit la première idée de cet instrument, auquel nous avons fait subir quelques additions assez importantes. La forme en est absolument celle d'un forceps ordinaire; mais il en diffère sous le rapport du mode de jonction, ainsi que par les deux crochets recourbés en dedans qui terminent les branches, et qui sont particulièrement destinés à s'implanter sur la tête de l'enfant mort, dans tous les cas où sa sortie éprouve de très grands obstacles.

Planche lxxiv.

Compas d'épaisseur et *pelvimètre.* Le compas d'épaisseur, ainsi que le pelvimètre de Contuly, plus vantés que réellement utiles, sont rarement employés dans la pratique ordinaire. S'il ne s'agissait que de fixer l'opinion que l'on doit se former du résultat de leur application, on serait forcé d'avouer que leur mécanisme est très ingénieux, et qu'ils remplissent parfaitement les conditions que se sont proposées les auteurs qui les ont imaginés. Le compas d'épaisseur surtout a sur le pelvimètre un avantage inappréciable, c'est de pouvoir être appliqué sur les parties extérieures de la femme, tandis que ce dernier, introduit dans le vagin, doit en parcourir tout l'intérieur.

C'est là le grand défaut de tous les instrumens de ce genre. Nous n'en excepterons pas le *pelvigraphe* de M. Martin, dont le mécanisme, un peu compliqué et d'une exécution même assez pénible, n'en est pas moins une invention très ingénieuse et toute nouvelle. Il est, en effet, disposé de manière que, pendant qu'une tige introduite dans le vagin, décrit tout le contour du bassin, une autre tige placée en forme de poinçon, sur une petite planche disposée à cet effet, trace, d'une manière parfaite, la figure exacte du bassin, parcourue par la tige introduite.

Le compas ordinaire et la mesure linéaire, placés sur la même planche, ne sont là que pour indication.

Planche lxxv.

Couteau symphysien. Ce n'est point ici un instrument nouveau, mais tout simplement un bistouri ordinaire, auquel nous avons cru devoir donner une forme particulière et plus appropriée à l'espèce d'opération pour laquelle il est destiné. La lame en est courte, boutonnée, à dos large, et le manche long, fort et carré sur sa circonférence.

Il est d'observation que le fibro-cartilage de la symphyse des pubis est très ferme, et qu'il ne pourrait être divisé que très difficilement avec un bistouri à lame mince et étroite. Si l'opérateur appuie faiblement, le fibro-cartilage n'est point coupé; s'il appuie un peu fort, la lame du bistouri casse et peut blesser la femme. Avec le couteau symphysien, tel que nous l'avons fait confectionner, on n'a point à craindre ce double inconvénient.

Les deux bistouris et les deux paires de ciseaux placés sur le même plan que le couteau symphysien n'offrent rien de particulier, et ne sont là que pour indication.

Perce-crâne. On désigne sous ce nom tout instrument piquant à l'aide duquel on pé-

nètre dans le crâne du fœtus mort, pour en faire sortir la masse cérébrale. Il en est de plusieurs espèces, tels que le perce-crâne ordinaire, celui de Bacqué, et les ciseaux de Smellie.

Le perce-crâne ordinaire se compose d'une longue tige de fer, terminée par une extrémité en forme de lance, que soutient un manche solide, arrondi, de 4 à 5 pouces de longueur. La totalité de l'instrument ne doit pas avoir moins de 16 à 18 pouces.

Le perce-crâne de Bacqué, qui porte également le nom de *tire-tête*, beaucoup plus compliqué que le précédent, remplit également les usages de perce-crâne et de tire-tête; il se compose d'une tige arrêtée sur un manche, sur laquelle glisse à volonté une seconde tige mobile; celle-ci est terminée par une extrémité acérée, sur laquelle reposent deux pièces à bascule, qui s'appliquent parfaitement sur cette tige, quand elle agit comme perce-crâne, et qui se déploient sur le côté, quand l'instrument sert comme tire-tête.

Quels que soient néanmoins les avantages que présente cet instrument, nous donnons la préférence, dans ce dernier cas, à notre forceps-crochet.

Les ciseaux de Smellie agissent d'une manière bien différente des précédens; ils peuvent, il est vrai, servir de perce-crâne; mais une fois introduits, ils donnent la faculté d'agrandir à volonté l'ouverture qu'ils ont pratiquée, en faisant jouer leurs extrémités, dont le tranchant est en dehors.

Le nouveau tire-tête que nous avons fait graver, borné dans son emploi, n'est destiné qu'à être introduit par le trou occipital dans l'intérieur de la tête du fœtus, lorsque celle-ci a été détronquée, et que l'ouverture en question est convenablement dirigée pour permettre cette introduction. La tige qui le surmonte peut à volonté s'appliquer sur la tige commune, lorsqu'on veut l'introduire, et se placer ensuite en travers, à l'aide d'un mouvement de bascule qu'un fil de soie, disposé à cet effet, fait exécuter avec beaucoup de facilité.

Cet instrument, peu compliqué dans son mécanisme, est destiné à remplacer le petit bâton conseillé par Beaudeloque; moyen qu'il ne faudrait pas négliger cependant dans le cas où l'on serait forcé d'en faire usage.

Planche LXXVI.

Sonde à délivrance. Ce moyen ne peut convenir que pour l'opération césarienne, lorsqu'on se décide à reporter l'extrémité du cordon coupé par la plaie de la matrice dans l'intérieur de cet organe, afin d'opérer la délivrance par les voies naturelles.

La sonde doit être d'une longueur de 15 à 18 pouces, mousse à l'une de ses extrémités, ouverte à l'extrémité opposée, large et fendue sur sa circonférence; un anneau mobile est destiné à serrer la sonde, et à fixer le bout du cordon qui s'y trouve engagé.

Il faut nécessairement engager la sonde par l'extrémité mousse, la porter vers le col, afin de la glisser dans le vagin, où l'on doit la saisir pour l'entraîner au dehors, et avec elle la portion du cordon qui s'y trouve fixée.

Repoussoir. Cet instrument, dont nous sommes les premiers à indiquer les usages, n'est pas pour cela un instrument nouveau; c'est bien plutôt une idée nouvelle, peut-être, appliquée à un instrument déjà connu, et qui lui donne une destination qu'il n'avait pas eue jusqu'ici. Il est spécialement destiné, en effet, à agir sur la tête, pour la repousser en arrière, pendant que d'une autre part le praticien tire sur les pieds pour les amener au dehors.

Cet instrument se compose d'un manche de 8 à 10 pouces de longueur, surmonté à l'une de ses extrémités par une petite traverse arrondie et garnie d'un coussinet de buffle ou de chamois, qui met la tête à l'abri de la pression douloureuse du bois ou de l'ivoire à nu.

Porte-cordon. Des deux instrumens que nous avons fait graver sous ce nom, l'un appartient à Ducamp, enlevé prématurément à l'art, qu'il cultivait avec tant de succès et de gloire; l'autre a été imaginé par M. le docteur Guillon, qui a bien voulu nous en communiquer le dessin.

Il paraît que Ducamp a pris la première idée de son porte-cordon chez les Anglais. Quoique le mécanisme en soit assez compliqué, l'idée en est extrêmement heureuse, et l'instrument atteint parfaitement le but qu'on se propose dans son application.

Il est composé d'une longue sonde de gomme élastique, terminée à ses deux extrémités par une garniture en argent, destinée à lui donner une certaine solidité pour son introduction dans la partie profonde de la matrice.

Le long tube de cette sonde, qui n'a pas moins de 18 à 20 pouces de longueur, est parcouru par une tige en argent, espèce de *mandrin*, à laquelle est attaché un fil de soie, qui, d'une autre part, vient parcourir toute la circonférence d'un anneau brisé placé à l'extrémité supérieure de l'instrument. A l'extrémité opposée se voit une petite virole vissée, propre à serrer sur la tige commune le fil de soie dont nous avons parlé. De cette manière, l'anneau brisé s'ouvre et se ferme à volonté : il est fermé quand on porte la portion du cordon sortie vers le fond de la matrice; on l'ouvre alors en dévissant la petite virole, et l'on retire l'instrument sans entraîner le cordon.

Le porte-cordon de M. le docteur Guillon, presqu'en tout semblable au précédent, en diffère cependant par la forme de l'anneau, qui s'ouvre en deux parties seulement, et qui par cela même, plus simple dans son mécanisme, mérite aussi la préférence sur celui de Ducamp.

Pince à faux germe de Levret. Cette pince ne diffère de tous les instrumens du même genre que par la forme des cuillers, qui sont fenestrées au lieu d'être pleines. Sa longueur doit être de 12 à 15 pouces, afin de pouvoir la porter à une profondeur quelquefois très considérable.

Le petit pied d'enfant qui se voit sur cette planche donne l'idée de la manière dont le lac doit être appliqué.

Fig. 1.

1.ère Position de l'occiput; main gauche appliquée pour le refouler.

Fig. 2.

2.ème Position de l'occiput; main droite saisissant les pieds.

A. Chazal del.

Couché fils dir.

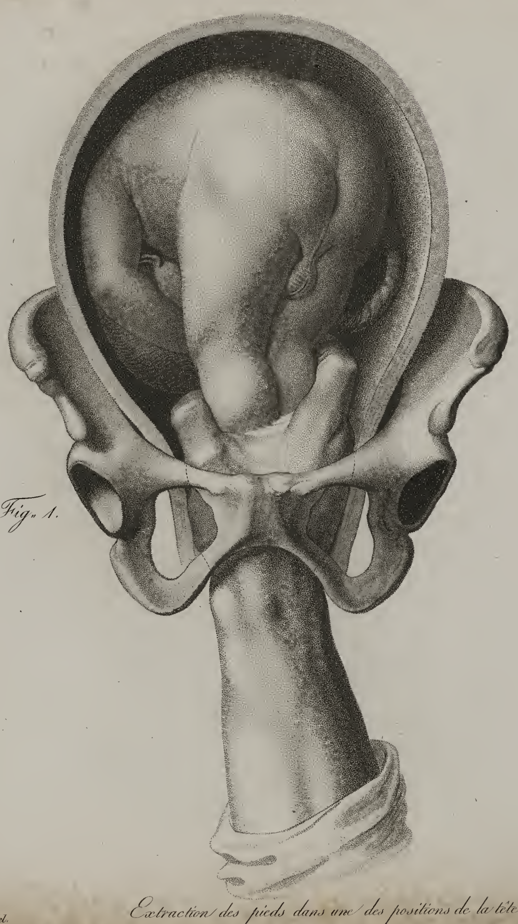


Fig. 1. *Extraction des pieds dans une des positions de la tête.*

Fig. 2. *Application du repoussoir*

A. Chazal del. — Couché fils dir

Fig. 1.

Fig. 2.

Position de la face.

A. Chazal del.

Couché fils di.



Fig. 1.

Position du côté de la tête
application de la main.

Fig. 2.

Même position
introduction de la main jusqu'aux pieds.

A. Chazal del.

Couché fils dir.



DE L'ACCOUCHEMENT.

Nous avons à considérer dans l'accouchement: 1°. sa définition; 2°. sa division; 3°. ses causes; 4°. ses phénomènes; 5°. sa terminaison.

Définition. — Nous définissons l'accouchement, une fonction naturelle par laquelle la femme met au monde un enfant vivant, à terme et bien portant.

Division. — On divise l'accouchement en raison de l'époque où il se fait, et de la manière dont il se termine.

En raison de son époque, on lui donne le nom *d'effluxus, d'écoulement*, quand il a lieu avant le 15me. jour de grossesse; de fausse couche ou d'avortement avant le 7me. mois; d'accouchement prématuré du 7me. au 9me. mois, et d'accouchement naturel, ordinaire, lorsqu'il se termine à cette dernière époque.

En raison de la manière dont il se termine, chaque auteur a cru pouvoir présenter une classification plus ou moins arbitraire, que la raison n'a pas toujours admise et que la pratique a souvent désavouée. Une bonne classification des accouchemens doit reposer sur la nature des moyens mis en usage pour leur terminaison, et non sur des expressions plus ou moins vagues.

3°. *Des causes de l'accouchement.* — On distingue les causes de l'accouchement, 1°. en prochaines ou efficientes, 2°. en éloignées ou déterminantes.

Les causes prochaines ou efficientes sont celles qui se manifestent au moment même de l'accouchement, et qui président, pour ainsi dire, à sa terminaison. On les divise en naturelles, communes ou générales, et en accidentelles, imprévues ou individuelles. Ces dernières se subdivisent elles-mêmes en externes et en internes. Les premières ont pour motifs les coups, les chutes, les compressions, etc.; les secondes appartiennent aux émotions vives de l'âme, telles que la peur, la colère, etc.

Les causes éloignées ou déterminantes ne sont pas aussi faciles à spécifier. On les a tour à tour fait dépendre de la grosseur de l'enfant, de l'acrimonie des eaux, de l'impossibilité où se trouvait la matrice d'acquérir une plus ample dilatation, du besoin que l'enfant avait de respirer, de manger, etc. Ce ne sont point là les véritables causes déterminantes de l'accouchement; elles résident dans la marche même et le développement de la grossesse.

4°. *Phénomènes de l'accouchement.* — On en reconnaît quatre principaux, qui sont : la douleur, la dilatation du col utérin, la formation de la poche des eaux, et l'écoulement des glaires sanguinolentes.

5°. *Terminaison.* — La terminaison de l'accouchement peut être naturelle ou artificielle. Elle est naturelle quand les contractions seules de la matrice président et suffisent à cette terminaison; elle est artificielle quand l'art interpose son ministère et met en usage l'un des moyens quelconques dont se compose la *manœuvre*. Nous ne nous occuperons ici que de l'accouchement dont la terminaison est naturelle. C'est la parturition proprement dit.

L'accouchement peut se terminer naturellement de quatre manières différentes : par la tête, par les pieds, par les genoux et par les fesses.

Il faut, pour que la terminaison de l'accouchement soit naturelle, le concours de plusieurs conditions, dont les unes regardent la mère et les autres l'enfant : du côté de la mère, il faut qu'elle ait assez de force et de courage pour seconder les efforts inséparables du travail de l'enfantement; il faut de plus que les différens diamètres du bassin offrent assez d'étendue pour laisser passer la tête, et que les parties molles de la génération, tant externes qu'internes, ne puissent lui opposer aucun obstacle.

Du côté de l'enfant, il faut que les dimensions de la tête soient dans des rapports convenables avec ceux du bassin, et qu'elle offre l'occiput au détroit supérieur pour le franchir.

A. *De l'accouchement naturel par la tête.* — La tête, en présentant l'occiput, peut être placée de quatre manières différentes au détroit supérieur : de là quatre espèces d'accouchement naturel par la tête. Dans la première, l'occiput, placé à gauche et en avant, correspond à la partie interne de la cavité cotyloïde du côté gauche, la face vers la symphise sacro-iliaque du côté droit; c'est *la position occipito-cotyloïdienne gauche.* (*Voy. pl.* XXXIII, *fig.* 1.) Dans la seconde, l'occiput, placé à droite et en avant, correspond à la partie interne de la cavité cotyloïde du côté droit; c'est *la position occipito-cotyloïdienne droite.* (*Voy. pl.* XXXIII, *fig.* 2.) Dans la troisième, l'occiput, placé en arrière et à droite, correspond à la symphise sacro-iliaque du côté droit; c'est *la position occipito-sacro-iliaque droite.* (*Voy. pl.* XXXIV, *fig.* 1.) Dans la quatrième, l'occiput, placé en arrière et à gauche, regarde la symphise sacro-iliaque du côté gauche; c'est *la position occipito-sacro-iliaque gauche.* (*Voy. pl.* XXXIV, *fig.* 2.)

Première position du sommet de la tête. — Dans cette position, la suture sagitalle se trouve en rapport avec le diamètre oblique du bassin, qui marche de la partie interne de la cavité cotyloïde gauche, à la symphise sacro-iliaque droite. Par suite du travail et des contractions de l'utérus, la tête, ainsi placée, exécute un mouvement de bascule, par lequel la fontanelle postérieure, qui est en devant, décrit une ligne courbe du haut en bas et de gauche en devant, pour venir se placer vers le trou sous-pubien, tandis que la fontanelle antérieure qui est en arrière, décrit aussi une ligne courbe dans un sens diamétralement opposé.

En conséquence de ce mouvement, l'occiput s'abaisse sous la symphise du pubis, tandis que le menton tend à remonter vers la saillie sacro-vertébrale, en s'appliquant fortement sur la poitrine, ce qui diminue d'autant le diamètre antéro-postérieur de la tête, qui, placée alors entre les deux tubérosités de l'ischion, ne tarde pas à faire saillie à travers les parties extérieures de la génération; c'est dans ce moment qu'on la voit paraître sous la forme d'une tumeur arrondie, rénitente et plus ou moins boursoufflée. C'est aussi dans ce même moment, que l'accoucheur doit avoir le plus grand soin de la soutenir, en plaçant la main en travers sous le périnée, (tel qu'on le voit *pl.* XXXV, *fig.* 1.) afin que la tête de l'enfant, poussée alors par des contractions très-vives et très-fortes, soit convenablement dirigée, et s'échappe sans obstacle, à travers les parties extérieures de la génération, en suivant la direction de l'axe du détroit inférieur ou périnéal.

Une fois sortie, la tête exécute assez vivement sur elle-même un mouvement, à l'aide duquel l'occiput se tourne vers la partie interne de la cuisse gauche; dans le même moment, les épaules, qui étaient constamment restées dans la direction du diamètre oblique, opposé à celui qu'occupait la tête au détroit supérieur, se placent, en entrant dans l'excavation, la droite derrière la symphise des pubis, et la gauche dans la concavité du sacrum.

Deuxième position du sommet de la tête. — Dans cette position, qui est la plus commune après la première, la suture sagitalle se trouve diagonalement placée dans la direction du diamètre oblique, qui s'étend de la cavité cotyloïde droite, à la symphise sacro-iliaque gauche. La fontanelle postérieure, comme dans la position précédente, répond en devant, et la fontanelle antérieure en arrière.

Le mécanisme de l'accouchement se fait rigoureusement comme dans la première position, avec cette différence cependant, que l'occiput, au moment de l'expulsion de la tête de l'enfant à travers les parties extérieures de la génération, se tourne à droite, comme il l'avait fait à gauche dans la première.

La sortie des épaules, et la terminaison définitive de l'accouchement, ont absolument lieu dans cette deuxième position, comme dans la première.

Troisième position du sommet de la tête. — Dans cette troisième position, de même que dans la suivante, la tête est placée au détroit supérieur, dans une situation diamétralement opposée à celle de la première et de la deuxième : dans les deux premières, l'occiput était placé en devant du bassin; dans les deux dernières, il regarde sa partie postérieure.

Dans la marche ultérieure de la tête à travers la filière osseuse, c'est la fontanelle postérieure qui s'enfonce dans la concavité du sacrum, tandis que l'antérieure, en s'approchant de l'arcade des pubis, se relève toujours de plus en plus vers la symphise du même nom. A mesure que le travail avance, et que les contractions de la matrice deviennent plus vives et plus expultrices, l'occiput, poussé avec violence vers le périnée, le distend outre mesure, en formant à travers une tumeur des plus proéminentes. C'est alors que le front, placé sous l'arcade des pubis, offre à la tête un point d'appui qui favorise sa sortie définitive, en forçant l'occiput à se diriger vers la vulve plus ou moins distendue.

La tête, une fois sortie, se place sur le côté, l'occiput tourné vers la partie interne de la cuisse droite. De leur côté, les épaules viennent bientôt se présenter à la vulve, la gauche sous l'arcade des pubis, et la droite vers la commissure postérieure; leur sortie amène promptement celle du reste de l'enfant, qui de cette manière vient au monde la face en dessus.

Quatrième position du sommet de la tête. — Dans cette dernière position de la tête, la suture sagitalle marche parallèlement à l'un des diamètres obliques du bassin, la fontanelle postérieure à droite et en arrière, et la fontanelle antérieure à gauche et en avant.

Le mécanisme de l'accouchement, dans la quatrième position, présente la plus parfaite analogie avec la troisième : de même que dans cette dernière, l'occiput, par un mouvement de rotation, se porte dans la concavité du sacrum, pendant que le front se relève toujours de plus en plus vers la symphise des pubis. Par suite de ce double mouvement, l'occiput ne tarde pas à faire saillie à travers le périnée plus ou moins distendu. Mais bientôt l'occiput se relève vers la vulve, pendant que la face glisse derrière le pubis, et la sortie définitive de la tête a lieu comme nous l'avons indiqué; seulement, dans cette dernière, l'occiput se tourne à droite au lieu de le faire à gauche, comme dans la troisième position.

B. *De l'accouchement naturel par les pieds.* — Lorsque l'enfant présente les pieds au détroit supérieur pour le franchir, il peut y être placé de quatre manières différentes. De là, quatre espèces ou positions particulières.

Première position des pieds. — Dans cette position, les talons correspondent à la cavité cotyloïde gauche, et les orteils à la symphise sacro-iliaque droite; les parties postérieures de l'enfant en devant et à gauche de l'utérus. (*Voyez pl.* XXXVI, *fig.* 1.)

Aussitôt les membranes rompues, les pieds et le reste des membres abdominaux s'échappent sans peine des parties extérieures de la génération. Dans ce moment la hanche gauche répond à la cavité cotyloïde droite, et la hanche droite à la symphise sacro-iliaque gauche. L'enfant continue à descendre cependant, et les bras, qui ne tardent pas à se relever sur les parties latérales du col et de la tête, servent à la fixer dans une situation diagonale, de manière que l'occiput répond à la cavité cotyloïde gauche, et le front à la symphise sacro-iliaque droite. Bientôt la tête s'enfonce dans la cavité pelvienne, en exécutant de gauche en devant, un mouvement de rotation par lequel l'occiput vient se placer et s'arc-bouter sous la symphise des pubis, tandis que la face, et le front en particulier, par un mouvement opposé, se dirigent vers la concavité du sacrum. L'occiput enfin s'échappe de dessous la symphise; de son côté, le menton exécute de haut en bas un mouvement parabolique qui l'amène à la commissure postérieure; un dernier effort précipite la totalité de la tête au dehors, ainsi que les membres thoraciques, et l'accouchement est terminé.

Deuxième position des pieds. — Ici les talons correspondent à la cavité cotyloïde droite,

et les orteils à la symphise sacro-iliaque gauche; les surfaces postérieures de l'enfant, en devant et à droite. Comme dans la deuxième position des pieds, le mécanisme de l'accouchement est absolument le même que dans la position précédente, nous nous y arrêterons peu; seulement nous devons faire remarquer que l'enfant, à mesure qu'il tend à s'échapper au dehors, est toujours placé dans une situation oblique, de manière que ses parties latérales droites sont constamment en rapport avec la cavité cotyloïde gauche, et ses parties latérales gauches avec la symphise sacro-iliaque droite. Ce n'est qu'au moment de sa sortie définitive, que la tête exécute le mouvement de rotation qui place l'occiput sous la symphise des pubis, et la face dans la concavité du sacrum.

Troisième position des pieds. — Dans cette position les talons correspondent à la symphise sacro-iliaque droite, et les orteils à la cavité cotyloïde gauche; les surfaces postérieures en arrière et à droite; dans la *quatrième,* les mêmes surfaces sont en arrière et à gauche.

Le mécanisme de l'accouchement, dans la troisième position des pieds, ainsi que dans la quatrième, s'exécute absolument comme dans les deux premières, jusqu'au moment où les hanches se présentent. Alors seulement les surfaces antérieures de l'enfant restent constamment en dessus, et au moment où la tête descend dans l'excavation, c'est le front qui vient se placer derrière et sous l'arcade des pubis, tandis que l'occiput s'enfonce dans la concavité du sacrum, dont il parcourt toute l'étendue ainsi que le périnée, plus ou moins distendu. C'est l'occiput qui s'échappe le premier, après avoir franchi la commissure postérieure; la face alors se dégage lentement et sans efforts de dessous la symphise des pubis, et l'accouchement est terminé.

Accouchement naturel par les genoux. — Comme il n'y a que peu ou point de différence entre cet accouchement et celui qui se termine par les pieds, nous avons cru pouvoir passer cet article sous silence.

Accouchement naturel par les fesses. — Dans la première position, le dos répond directement à gauche, et à droite dans la seconde; la difficulté de pouvoir établir les caractères de la troisième et de la quatrième position, nous force à ne donner que la description de la première et de la deuxième.

Dans l'une et l'autre position, l'enfant est en double, les membres abdominaux alongés et fortement appliqués sur toute sa surface antérieure. (*Voyez pl.* XXXVI, *fig.* 2.)

Le mécanisme de l'accouchement s'exécute de la manière suivante: poussées par les contractions de l'utérus, les fesses s'engagent, quoique péniblement, à cause de leur volume, à travers le détroit abdominal. Si le travail se soutient, l'une des hanches glisse sous l'arcade des pubis, pendant que la hanche opposée parcourt lentement et avec peine la cavité du sacrum, et parvient ainsi à la commissure postérieure. Les fesses sont alors boursoufflées, et les parties extérieures de la génération fortement distendues. Souvent le méconium s'échappe, ce qui confirme la présence des fesses. Pendant que ces dernières cherchent à se dégager de la vulve, les bras se relèvent, et la tête ne tarde pas à s'engager obliquement à travers le détroit supérieur, qu'elle traverse comme dans la présentation des pieds.

Fig. 1.

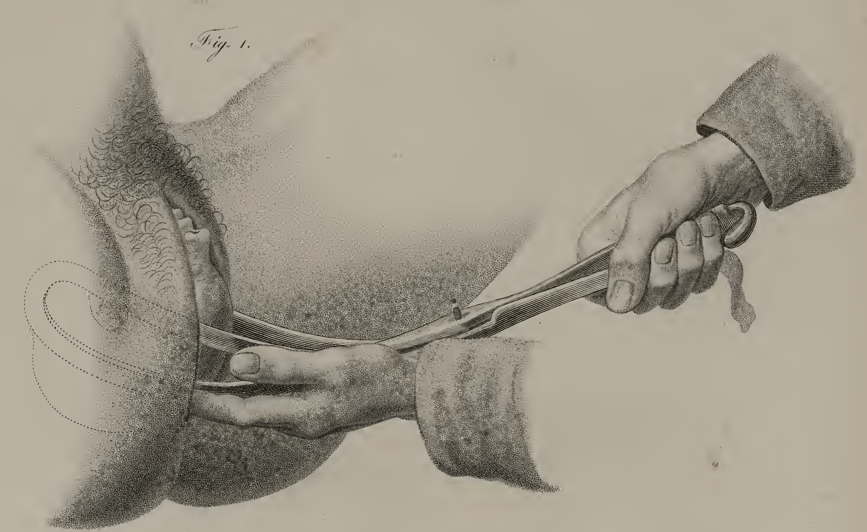
Application de la branche mâle ou à pivot.

Fig. 2.

Forceps appliqué.

A. Chazal del.

Couché fils sc.



Application du forceps, la face en dessus.

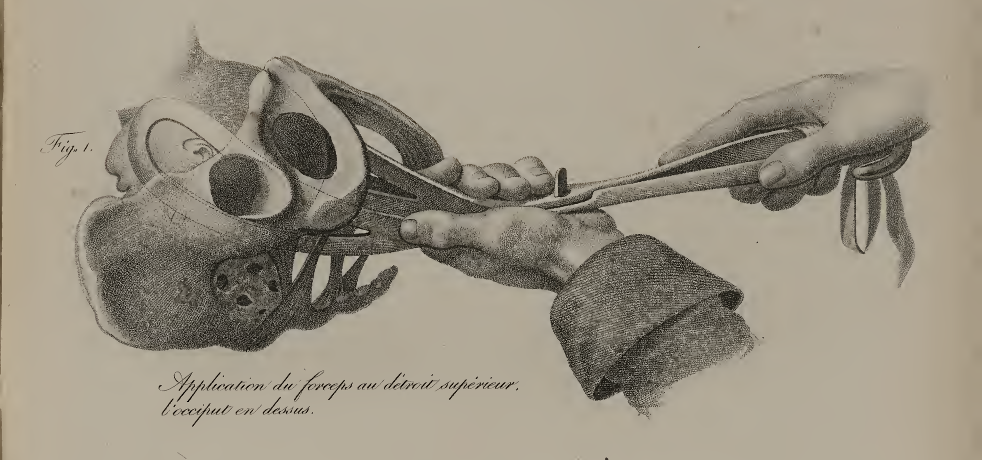
Fig. 2.

Application du forceps, la tête sur le côté.

A. Chazal, del. Couché fils dir.

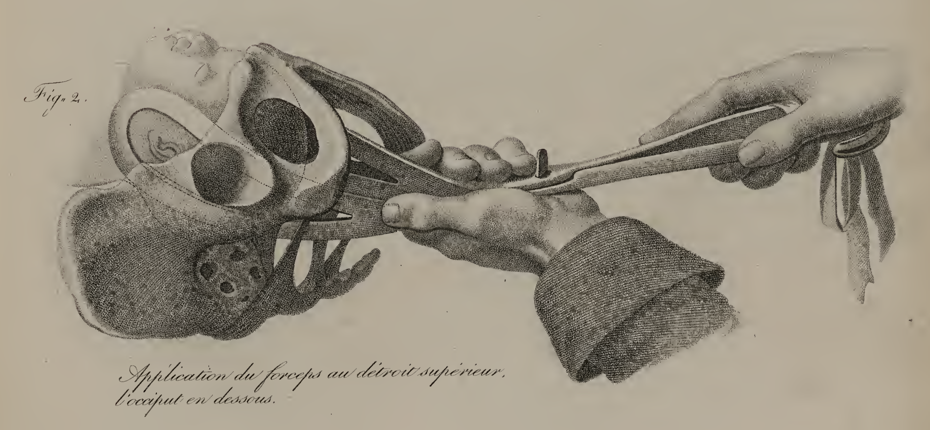
Couché, fils dir.

Fig. 1.



Application du forceps au détroit supérieur, l'occiput en dessus.

Fig. 2.



Application du forceps au détroit supérieur, l'occiput en dessous.

A. Chazal del.

Pl. LVI.

Application du forceps, la tête de côté et enclavée.

Fig. 2.

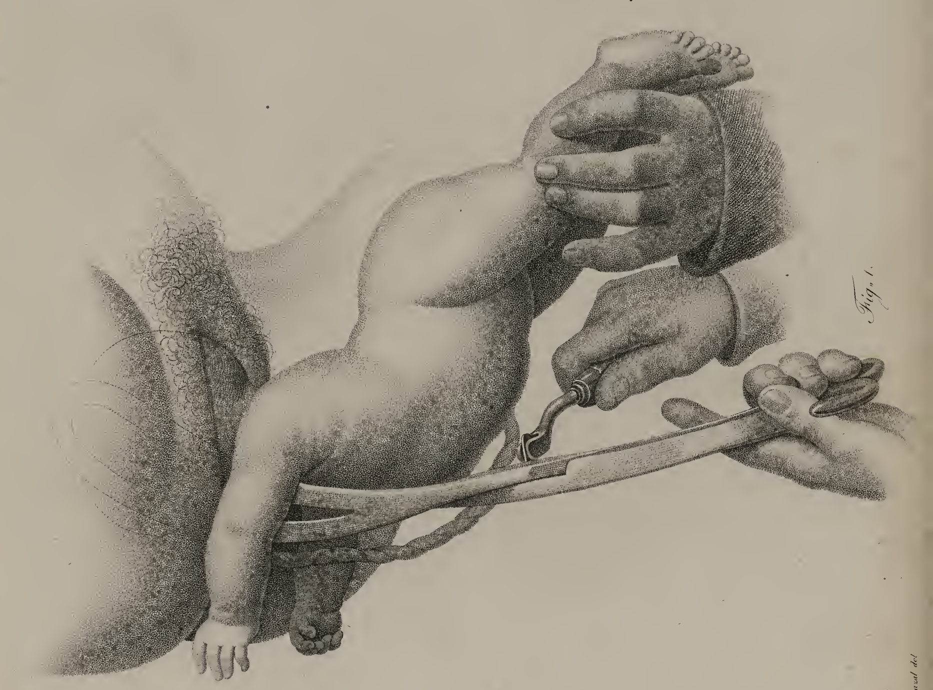


Fig. 1.

Application du forceps, le tronc sorti.

Couché fils dir.

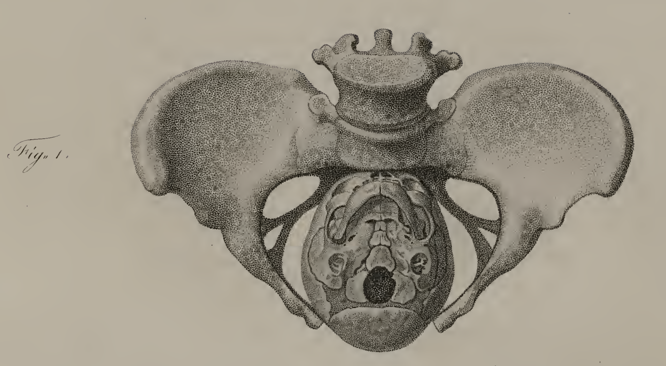
A. Chazal del.

Incision des tégumens pour l'opération de la symphise



A. Chazal del.

Couché fils dir.



Rapports de la tête avec le bassin au moment de la sortie.

Fig. 2.

Extraction de la tête avec le forceps.

A. Chazal del. Couché, fils sc.

DE LA MANŒUVRE.

On définit *la manœuvre*, une opération manuelle, à l'aide de laquelle l'art termine un accouchement qui ne peut s'effectuer par les seules ressources de la nature.

La manœuvre se divise en *simple*, *composée* et *compliquée*. La manœuvre est simple lorsque la main seule suffit pour la terminaison de l'accouchement; elle est composée, quand elle exige l'emploi de quelques instrumens, tels que le forceps, le lévier, etc.; enfin, elle est compliquée quand il faut mettre en usage l'une des grandes opérations de l'art des accouchemens, telles que l'hystérotomie, la symphiséotomie, etc.

Les causes qui, en s'opposant à la terminaison naturelle de l'accouchement, nécessitent l'emploi d'une manœuvre quelconque, sont de deux espèces : la première tient à la situation défavorable de l'enfant au détroit abdominal; par exemple, quand il offre la présence du dos, du ventre, etc.; la seconde résulte d'événemens imprévus, de circonstances graves, survenues inopinément pendant le travail de l'enfantement. Il faut mettre au premier rang de ces causes: 1°. l'hémorrhagie; 2°. les convulsions; 3°. la faiblesse extrême et les syncopes répétées; 4°. le resserrement spasmodique du col de la matrice; 5°. l'implantation du placenta sur le col ou sur ses bords; 6°. l'issue prématurée du cordon ombilical; 7°. son défaut de longueur; 8°. l'obliquité extrême de la matrice; 9°. une hernie irréductible; 10°. la grosseur démesurée de la tête de l'enfant; 11°. une grossesse composée; 12°. tous les vices, soit du bassin, soit des parties extérieures de la génération.

Dans toute manœuvre, on exécute nécessairement quatre tems principaux, qui sont : 1°. le tems d'intromission; 2°. celui d'exploration; 3°. celui de mutation; 4°. celui d'extraction.

1°. *Tems d'intromission.* — La femme placée convenablement (*voy. pl.* XXXV, *fig.* 1 *et* 2), l'accoucheur, après avoir plongé l'une ou l'autre main dans un corps gras ou mucilagineux, quelconque, l'introduit en demi-pronation dans le vagin, en écartant légèrement les grandes lèvres par la commissure postérieure : une fois arrivé dans l'excavation, il place la main en supination, et dirige le doigt indicateur vers le col de la matrice, à travers lequel il glisse la totalité de la main, s'il se trouve suffisamment dilaté. Dans le cas contraire, il en opère la dilatation graduelle, en introduisant les uns après les autres tous les doigts de la main, en commençant par l'indicateur; de cette manière, il pénètre dans l'intérieur de la matrice.

2°. *Tems d'exploration.* — Ce second tems est sans contredit le plus important, puisque de la connaissance précise des parties de l'enfant qui se présentent à l'orifice, dépend le succès de la terminaison de l'accouchement. Il s'agit donc ici d'explorer avec soin la surface sur laquelle les doigts sont placés, afin de ne pas prendre une épaule pour une hanche, et un coude pour un genou, etc., en définitive, il faut placer la main de manière à parvenir aux pieds, par le chemin le plus court et le plus facile.

3°. *Tems de mutation.* — La main, parvenue aux pieds, les saisit et cherche à les ramener vers l'orifice, en faisant exécuter à l'enfant un mouvement, combiné de manière à ramener ses surfaces antérieures en dessus; dans ce mouvement, qui est en général la partie laborieuse de la manœuvre, l'accoucheur doit surtout veiller à ne point croiser les membres de l'enfant les uns sur les autres; il ne doit pas non plus les courber dans un sens contraire à leur flexion naturelle. Les fractures des membres ne reconnaissent pas d'autres causes que l'oubli de ce précepte.

4°. *Tems d'extraction.* — Les pieds ramenés au détroit supérieur, et l'enfant placé dans l'une des situations diagonales, seules favorables à sa sortie, l'accoucheur en fait l'extraction, comme nous allons l'indiquer.

10

DE LA MANŒUVRE SIMPLE.

La manœuvre simple se divise en trois sections: la première comprend les accouchemens dans lesquels l'enfant présente une partie quelconque des membres inférieurs; la seconde est relative aux diverses présentations du tronc, et la troisième à celles de la tête.

Présentation des membres inférieurs. — Elle comprend la présentation des pieds, celle des genoux et celle des fesses.

A. *Présentation des pieds.* — Dans la présentation des pieds, l'enfant peut être placé de quatre manières différentes, d'où résultent quatre espèces ou positions des pieds.

Quelle que soit la position des pieds, il faut en reconnaître les caractères, afin de les distinguer des mains avec lesquelles, ayant beaucoup d'analogie, on pourrait les confondre. Ainsi on doit surtout avoir présent à l'esprit, que le pied est plus long et moins large que la main; qu'il est terminé à l'une de ses extrémités par une partie saillante, qui est le talon; qu'à l'extrémité opposée se trouvent les doigts des pieds, courts, sur un plan égal, et très-rapprochés, ce qui est le contraire à la main; enfin, que le pied fait un angle aigu avec la jambe, et que la main est sur le même plan que l'avant-bras.

Première position des pieds, ou position calcanéo-cotyloïdienne gauche. — Dans la première position des pieds, les talons correspondent à la partie interne de la cavité cotyloïdienne gauche, et les orteils à la symphise sacro-iliaque droite; dans la terminaison de l'accouchement, toute la surface postérieure de l'enfant doit marcher parallèlement à une ligne qui est censée partir de la cavité cotyloïde et se terminer à l'occiput. C'est la main gauche qui, dans cette position, doit être introduite, comme plus favorable pour la terminaison de l'accouchement; c'est ce qu'on appelle la main de nécessité. (*Voy. pl.* XXXVII, *fig.* 1.)

Après avoir introduit la main gauche dans l'intérieur de la matrice, on saisit les pieds de l'enfant, en plaçant le doigt indicateur dans l'intervalle des deux pieds, au-dessus des maléoles; on alonge le pouce sur le côté externe de la jambe gauche, et les trois derniers doigts de même sur le côté externe de la jambe droite. Alors, par un léger mouvement d'extraction, on entraîne les pieds en dehors; cela fait, on les saisit avec les deux mains, et par de petits mouvemens de droite et de gauche, on amène successivement les différentes parties de l'enfant, jusqu'à ce que les fesses commencent à se présenter à travers les parties externes de la génération. Ici on suspend un moment l'extraction, pour aller reconnaître dans quel état se trouve le cordon ombilical, dont il faut former une anse, en tirant de préférence sur la portion qui répond au placenta.

Après avoir satisfait à cette obligation, on place deux doigts de la main gauche sur la hanche gauche de l'enfant, et autant de la main droite sur la hanche droite. (*Voy. pl.* XXXVII, *fig.* 2.) L'enfant ainsi saisi, on le porte successivement de l'aîne droite de la mère, à la partie interne de la cuisse gauche, en le maintenant toujours dans une situation diagonale. On continue ce mouvement alternatif, jusqu'à ce que les épaules commencent à se présenter au dehors; il faut alors s'occuper de dégager les bras. C'est toujours par celui qui est en dessous qu'il faut commencer; après avoir porté l'enfant sur l'avant-bras gauche, on glisse deux doigts de la main droite le long du bras de l'enfant, jusqu'à l'articulation huméro-cubitale, alors, par un mouvement de circumduction, on lui fait successivement parcourir les côtés de la tête de l'enfant, la face, le cou, la poitrine, et on l'entraîne au dehors, en le faisant sortir par le côté droit de la vulve. On abaisse ensuite l'enfant sur l'avant-bras droit, et on exécute pour l'extraction du bras gauche de l'enfant, qui est en dessus, le même mécanisme que pour le bras précédent. (*Voy. pl.* XXXVIII, *fig.* 1.)

Lorsque les bras sont au dehors, la tête est encore au-dessus du détroit supérieur, et son extraction n'est pas la partie la moins difficile de la manœuvre. Pour l'exécuter, on porte

la main gauche dans l'intérieur du vagin, en la glissant le long des surfaces antérieures de l'enfant qui sont en dessous; deux doigts sont appliqués sur la mâchoire supérieure, au-dessous du nez; deux autres doigts de la main opposée se placent sur l'occiput qui est en dessus; alors, par un double mouvement d'extraction sur la tête et d'abaissement de la face sur la poitrine, on entraîne la tête dans le petit bassin, sans changer sa situation diagonale; c'est alors, que par un mouvement d'un quart de rotation sur elle-même, on place l'occiput derrière la symphise des pubis, et la face dans la concavité du sacrum; ensuite, par un mouvement combiné de droite à gauche et d'abaissement, on arc-boute l'occiput sous la symphise des pubis, pendant que la main gauche, appliquée sous le périnée, soulève la tête qui, en se dégageant de plus en plus des parties extérieures, les franchit, et l'accouchement est terminé. (*Voy. pl.* XXXVIII, *fig.* 2.)

Deuxième position des pieds, ou position calcanéo-cotyloïdienne droite. — La situation générale de l'enfant, dans la seconde position, est la même que dans la première; seulement les talons correspondent à la cavité cotyloïde droite, les surfaces postérieures de l'enfant étant en rapport avec la partie latérale droite, et un peu antérieure de la matrice.

La main droite, qui est la main de préférence ou de nécessité, va saisir les deux pieds, en plaçant les doigts comme dans la première, et les entraîne au dehors. L'enfant amené jusqu'aux fesses, on s'occupe du cordon ombilical dont on forme une anse, en tirant de préférence sur la portion qui répond à la mère. On saisit alors l'enfant, en plaçant les mains sur les hanches, et par un mouvement alternatif de droite et de gauche, on l'amène jusqu'aux épaules; les bras dégagés comme précédemment, la main droite parvenue dans le vagin, place deux doigts au-dessous du nez de l'enfant, tandis que la main opposée se place sur l'occiput, et par le double mouvement indiqué plus haut, la tête est entraînée dans l'excavation du petit bassin, d'où elle est amenée au dehors, en suivant le même mécanisme que pour la première position.

Troisième position des pieds : calcanéo-sacro-iliaque droite. — Ici les talons correspondent à la symphise sacro-iliaque droite, et les orteils à la cavité cotyloïde gauche; les surfaces postérieures de l'enfant le long de la partie latérale droite et un peu postérieure de la matrice; c'est l'inverse de la première.

C'est la main droite qui va chercher les pieds de l'enfant; mais au lieu de les entraîner directement, elle fait exécuter à l'enfant un mouvement de rotation, par lequel les surfaces antérieures sont ramenées en dessous. La position de l'enfant est alors la même que dans la seconde position, et la terminaison a lieu absolument comme dans cette dernière.

Quatrième position des pieds : calcanéo-sacro-iliaque gauche. — Les talons correspondent à la symphise sacro-iliaque gauche, et les orteils à la cavité cotyloïde droite; c'est l'inverse de la seconde position.

C'est la main gauche qui va chercher les pieds; en les entraînant, on fait exécuter à mesure un mouvement de rotation à l'enfant, pour mettre les surfaces antérieures en dessous, et on termine alors comme dans la première.

B. *Présentation des genoux.* — Il y a peu de différence, quant à la manœuvre, entre cette espèce d'accouchement et celle dans laquelle l'enfant présente les pieds. Nous aurions même passé cet article sous silence, sans la nécessité d'indiquer les caractères qui appartiennent à la présentation des genoux, qui exigent aussi quelques détails sur la manière d'appliquer le *lac.*

On reconnaît les genoux à la présence de deux petites tumeurs arrondies, au-delà desquelles on trouve deux parties alongées, qui sont : la cuisse d'une part et la jambe de l'autre. Dans les quatre positions des genoux, la situation générale de l'enfant est la même que dans la présentation des pieds. (*Voy. pl.* XXXIX, *fig.* 1 *et* 2.)

Dans l'une ou l'autre des positions des genoux, la main que l'on introduit doit correspondre par sa face palmaire aux surfaces antérieures de l'enfant, et saisir les genoux tels

qu'ils se présentent, ce n'est qu'au moment où ils sont hors de la vulve, que l'on peut alors dégager les pieds, pour terminer l'accouchement de la même manière que pour les positions des pieds.

Quand on éprouve beaucoup de difficulté pour atteindre et entraîner les genoux avec la main seule, on se sert d'un lac que l'on engage sous le jarret de la jambe qui est en dessous, et dont on amène les deux chefs au dehors; à l'aide de ce nouveau moyen, on parvient sans peine alors à entraîner les membres inférieurs hors de la vulve.

Si l'application du lac était impossible, à cause de la hauteur des genoux, on se servirait du crochet mousse, que l'on appliquerait de même sur le jarret de la jambe qui est en dessous, et avec lequel on l'amènerait au dehors.

C. *Présentation des fesses.* — Tous les auteurs ont admis quatre positions particulières pour les fesses; mais ils ne se sont pas accordés sur la manière de les caractériser. Cette dissidence d'opinion tient à la difficulté de préciser les 3me. et 4me. positions admises par Beaudeloque. D'après ces considérations, nous ne ferons mention ici que de la 1re. et de la 2me., les seules que l'on rencontre réellement dans la pratique. Dans l'une et l'autre, nous supposons l'enfant en double; c'est-à-dire, avec les membres inférieurs fortement relevés sur la partie antérieure du tronc.

Les caractères qui indiquent la présentation des fesses, sont une tumeur large, occupant toute l'étendue du détroit, plus ou moins rénitente, selon le degré de resserrement des parties engagées, et le tems depuis lequel l'enfant est en rapport avec le détroit supérieur. Quelquefois on reconnaît les deux tubérosités de l'ischion, souvent l'extrême tuméfaction des fesses les dérobe aux recherches; mais l'anus occupe toujours le centre de la surface tuméfiée, seulement il ne faut pas le confondre avec la bouche, et prendre ainsi une présentation de la face pour celle des fesses.

Première position des fesses. — L'enfant, en double comme nous l'avons dit plus haut, est placé de manière que le dos et la tête regardent directement la fosse iliaque gauche, et les membres inférieurs relevés sur le tronc, la fosse iliaque droite; la hanche gauche correspond à la symphise des pubis, et la hanche droite à la saillie sacro-vertébrale.

La main gauche portée jusqu'à hauteur des fesses, après les avoir saisies fortement, les entraîne dans l'excavation, afin de dégager les pieds et de terminer l'accouchement comme dans la présentation de ces derniers; mais si l'on éprouve trop de difficulté à exécuter la manœuvre de cette manière, on peut, toujours avec la main gauche portée jusqu'à la hauteur des fesses, les repousser légèrement; glissant alors la main vers les membres abdominaux, on les dégage ensemble ou séparément, pour mettre l'enfant en première position des pieds, et terminer alors l'accouchement comme nous l'avons exposé plus haut.

Deuxième position des fesses. — Ici, la situation de l'enfant est l'inverse de la première, c'est donc la main droite qu'il faut introduire pour terminer l'accouchement, comme dans la seconde position des pieds. (*Voy. pl.* XXXX, *fig.* 1 et 2.)

Présentation du tronc. — Cette section comprend les accouchemens dans lesquels l'enfant présente quelques-unes des grandes surfaces du tronc, et se compose des présentations du dos, du ventre, du thorax, des hanches et des épaules, compliquées de la sortie du bras en partie ou en totalité. La terminaison des accouchemens compris dans cette section forme essentiellement ce qu'on appelle *la manœuvre.*

Le caractère fondamental de la manœuvre relative à la terminaison des accouchemens, dans lesquels l'enfant offre une présentation quelconque des membres inférieurs, c'est que sa sortie se fait par les parties mêmes qui se présentent, et qu'il suffit de les bien saisir pour les entraîner sans peine au dehors. Il n'en est pas de même de la manœuvre relative aux présentations du tronc; il est impossible de faire passer l'enfant au travers de la filière osseuse, tel qu'il est placé au détroit supérieur, car, comme le dit le vulgaire, il est en travers, et il faut, de toute nécessité, le retourner pour pouvoir ensuite l'amener au dehors. C'est là tout le secret de la manœuvre en général, qui d'ailleurs consiste toujours à ramener les pieds de l'enfant au détroit supérieur par le chemin le plus court et le plus facile. Dans la manœuvre relative aux membres inférieurs, on ne met point en usage ce qu'on appelle le temps de mutation, qui est au contraire indispensable dans les présentations du tronc, puisqu'alors les pieds de l'enfant sont toujours à une distance plus ou moins éloignée du détroit supérieur, et qu'on ne peut les atteindre qu'après avoir parcouru une étendue plus ou moins considérable de la surface extérieure de l'enfant. Une dernière considération, concernant les présentations qui nous occupent, c'est que, dans l'examen des causes qui nécessitent l'emploi de la manœuvre pour la terminaison de l'accouchement, on n'a d'autre motif, pour se décider à la mettre en usage, que la situation défavorable de l'enfant, qui devient ainsi un obstacle invincible à sa sortie libre et naturelle.

Avant de passer à l'exposition de la manœuvre en particulier, nous annonçons que nous n'admettons que deux positions pour chacune des présentations du tronc.

A. *Présentation du dos.* — Nous confondons, sous la dénomination de présentation du dos, plusieurs autres espèces de présentations admises par les auteurs, mais que nous avons rejetées à cause de leur identité, quant au mode de terminaison.

Dans l'une ou l'autre position du dos, l'enfant est en travers au-dessus du détroit, la tête placée sur l'une des fosses iliaques et les pieds sur la fosse iliaque opposée, les surfaces antérieures en dessus.

Les caractères à l'aide desquels on peut reconnaître la présentation du dos, sont : une tumeur large, rénitente, offrant dans sa longueur, de droite à gauche, une épine saillante résultant de la succession des apophyses épineuses des vertèbres; d'un côté, le rebord des fausses côtes, de l'autre, la présence des omoplates, sont des signes plus que suffisans pour guider l'accoucheur dans ses recherches, et pour indiquer même la situation spéciale ou particulière de l'enfant.

Première position du dos. — L'enfant étant en travers, la tête repose sur la fosse iliaque gauche et les pieds sur la fosse iliaque droite. La main droite introduite en supination embrasse l'enfant et lui fait exécuter un léger mouvement sur lui-même, en vertu duquel le dos est ramené vers la symphise des pubis. La main alors se porte en entier sur les surfaces antérieures de l'enfant, et après avoir parcouru successivement le ventre, la partie antérieure des cuisses s'applique sur les genoux, qu'elle saisit pour les entraîner avec les pieds vers la cavité cotyloïde droite, afin de placer l'enfant en seconde position des pieds, pour terminer l'accouchement, comme dans cette dernière. (*Voy. pl.* XLI, *fig.* 1.)

Deuxième position du dos. — La situation de l'enfant dans la deuxième position est l'inverse

de la première, et par conséquent exige l'introduction de la main gauche pour la terminaison de l'accouchement, qui se fait comme dans la première des pieds. (*Voy. pl.* XLI, *fig.* 2.)

Lorsque dans l'une ou l'autre position du dos, on saisit les pieds, conformément aux principes que nous venons d'exposer, l'enfant roule sur lui-même avec une grande facilité, et on ne lui fait exécuter que des mouvemens naturels et faciles.

B. *Présentation du ventre.* — Autant la situation de l'enfant était heureuse et naturelle dans la présentation du dos, autant elle est gênante et dangereuse dans celle du ventre. Dans cette présentation, en effet, l'enfant est fortement recourbé en sens contraire de sa flexion naturelle, et il suffirait qu'il y restât long-temps fixé pour courir le plus grand danger.

Cette présentation se reconnaît facilement; la présence du cordon ombilical, dont une portion plus ou moins considérable s'est souvent échappée au dehors, l'indique d'une manière non équivoque, ou seulement d'une manière générale; car, pour savoir quelle est sa position particulière, il faut nécessairement que l'accoucheur porte le doigt à droite et à gauche, afin de reconnaître d'une part le rebord des fausses côtes, et de l'autre la crête de l'os des îles et même les organes de la génération.

Dans la présentation du ventre, comme dans celle du dos, l'enfant est en travers sur le détroit, la face appuyée sur une des fosses iliaques, et les pieds sur la fosse iliaque du côté opposé.

Première position du ventre. — L'enfant, en travers sur le détroit, est placé de manière que sa tête regarde la fosse iliaque gauche et ses pieds la fosse iliaque droite. La main droite, introduite dans la matrice, se place sur le côté droit de l'enfant, parcourant ainsi toute la surface postérieure jusques aux pieds qu'on entraîne ensemble ou séparément dans l'excavation, pour terminer en deuxième position des pieds. (*Voy. pl.* XLII, *fig.* 1.)

Deuxième position du ventre. — La situation de l'enfant, également en travers sur le détroit, est l'inverse de la première; elle exige la main gauche, qu'il faut introduire et placer de la même manière que pour la première position, mais terminer comme dans la première des pieds (*Voy. pl.* XLII, *fig.* 2.)

Il arrive souvent qu'on ne peut d'abord entraîner qu'un seul pied au dehors, l'autre se trouvant à une distance trop considérable pour pouvoir l'atteindre. Dans ce dernier cas, il faut appliquer un lac sur le pied sorti, le retenir fortement au dehors, et introduire de nouveau la même main pour aller à la recherche de l'autre pied, qu'il faut amener dans l'excavation de la même manière que le premier.

C. *De la présentation de la poitrine ou du thorax.* — La situation générale de l'enfant, dans cette présentation, est absolument la même que dans la présentation du ventre; même courbure en sens contraire de la flexion naturelle, même danger pour l'enfant, même difficulté pour la manœuvre. Mais comme les pieds sont ici à une distance encore plus considérable du détroit, et que la tête en est un peu moins éloignée, quelques praticiens ont prétendu qu'il serait plus sage de faire la version par la tête, qu'on ramènerait ainsi dans l'excavation, au lieu d'aller chercher les pieds qu'on ne peut atteindre, il faut l'avouer, qu'avec de grandes difficultés. Sans rejeter absolument cette manière nouvelle d'exécuter la manœuvre, nous sommes loin de l'adopter comme méthode absolue et exclusive. Voici nos raisons :

Lorsque les membranes ne sont point encore rompues et les eaux évacuées, ou que, peu de tems après la sortie de ces dernières, la matrice n'a point encore eu le tems de revenir sur elle-même, on conçoit la possibilité de ramener la tête sur le détroit et de l'abandonner alors aux contractions de la matrice, qui ne tardent pas en effet à la faire passer dans l'excavation et à la porter au dehors. Sans doute que si, dans tous les cas de présentation du tronc, on

pouvait mettre en usage un parcil procédé, il scrait préférable à la version par les pieds; mais il est inadmissible dans le cas d'inertie de la matrice, d'hémorragie, de convulsions ou de tout autre accident plus ou moins redoutable.

Dans la version par les pieds, on a toujours la certitude de terminer l'accouchement lorsqu'on est parvenu à les bien saisir, puisqu'on dirige soi-même tout le manuel de l'accouchement: on n'a pas toujours le même avantage dans la version par la tête, car, outre la difficulté de l'atteindre et de l'amener sur le détroit, le plus léger défaut de rapport entre elle et ce dernier peut devenir un obstacle insurmontable à la terminaison de l'accouchement, et quelle cruelle alternative d'être obligé quelquefois, après une manœuvre longue et douloureuse, d'en venir à la version par les pieds!

Première position de la poitrine. — La tête est à gauche, les pieds à droite du bassin. La main droite introduite comme pour la première du ventre, va chercher les pieds qui, étant très-éloignés, demandent que l'on mette beaucoup plus de tems pour les atteindre. Mais une fois dans l'excavation on les dégage sans peine ensemble ou séparément, et on termine dans la première des pieds. (*Voy. pl.* XLIII, *fig.* 1.)

Deuxième position de la poitrine. — La situation générale de l'enfant est la même, mais la tête est à droite et les pieds à gauche.

La main gauche va chercher les pieds qu'elle entraîne dans l'excavation, et l'accouchement se termine comme dans la première des pieds. (*Voy. pl.* XLIII, *fig.* 2.)

D. *Présentation des hanches ou des côtés de l'enfant.* — Nous comprenons sous cette dénomination générale, la présentation des hanches et celle des côtés; la raison sur laquelle nous nous reposons, c'est que le côté proprement dit n'offre aucun caractère déterminé, et que, pour le reconnaître, on est toujours obligé, pour se guider, d'aller jusqu'à la hanche, qui n'est pas toujours facile à distinguer. Quand du reste cette dernière partie se présente, on la reconnaît à la présence d'une petite tumeur arrondie, qui par elle-même n'a rien de très-caractéristique, ce qui nécessite de porter le doigt tantôt en arrière, tantôt en avant, pour reconnaître d'une part, les apophises épineuses des dernières vertèbres lombaires, et de l'autre, les parties génitales du fœtus, ainsi que la crête de l'os ilium.

Mais il ne suffit pas d'avoir reconnu les caractères distinctifs de la présentation de la hanche en général, il faut encore apprécier ce qui appartient à l'une ou à l'autre, et ne point confondre la droite avec la gauche, ce qui jeterait nécessairement beaucoup d'incertitude et de confusion dans la manœuvre.

Première position de la hanche droite. — L'enfant en travers, comme dans toutes les présentations du tronc, est placé de manière que sa surface postérieure regarde la symphise des pubis et l'antérieure la saillie sacro-vertébrale. La tête est à gauche et les pieds à droite.

La main droite introduite en supination, après avoir refoulé légèrement l'enfant, glisse successivement sur toute sa surface antérieure jusques aux pieds, qu'elle saisit et qu'elle entraîne sans peine dans l'excavation, pour terminer comme dans la seconde des pieds.

Deuxième position de la hanche droite. — L'enfant en travers, la tête à droite et le pieds à gauche; la surface postérieure est en arrière et en bas, et l'antérieure en avant et en dessus.

La main gauche introduite en pronation, refoule légèrement l'enfant, glisse sur toute la surface antérieure jusqu'aux pieds, qu'elle entraîne lentement dans l'excavation, pour donner à l'enfant la facilité de rouler sur lui-même. Trop de précipitation nuirait infailliblement au succès de la manœuvre. (*Voy. pl.* XLIV, *fig.* 1 et 2.)

Première position de la hanche gauche. — La situation générale de l'enfant dans cette position, ne diffère point de celle qu'il affecte dans la première de la hanche droite : de même que dans cette dernière en effet, la tête du fœtus repose sur la fosse iliaque gauche, et les pieds regardent la fosse iliaque droite. Mais cette dernière diffère de la précédente en ce que les surfaces antérieures de l'enfant tournées vers le pubis, sont en-dessus et rendent la manœuvre aussi difficile que celle de la deuxième position de la hanche droite, avec laquelle elle a beaucoup d'analogie, quant à la situation particulière du fœtus. Pour l'exécuter, on introduit la main droite qui, après avoir repoussé l'enfant, se place en pronation sur sa surface antérieure, et la parcourt ainsi jusqu'aux pieds; on les entraîne alors vers le détroit supérieur, en tirant de préférence sur le plus éloigné, afin de favoriser le mouvement de version de l'enfant, à l'aide de laquelle on ramène les surfaces antérieures en dessous. Une fois les pieds dans l'excavation, on termine l'accouchement comme dans la seconde des membres inférieurs.

On ne peut trop recommander, dans cette position, comme dans celle de la deuxième de la hanche droite, de procéder avec lenteur et beaucoup d'attention, si on veut la terminer avec succès; car si on voulait y mettre trop de précipitation ou de la violence, il est probable qu'on ne parviendrait pas à la terminer sans occasionner des accidens qui pourraient compromettre les jours de l'enfant et souvent aussi ceux de la mère.

Deuxième position de la hanche gauche. — Cette position a la plus parfaite analogie avec la première de la hanche droite, pour la situation générale de l'enfant; seulement la tête est à droite du bassin et les pieds à gauche, les surfaces antérieures de l'enfant en dessous.

On introduit la main gauche, on repousse légèrement l'enfant, ce qui permet de glisser la main sur les surfaces antérieures jusqu'aux pieds, que l'on saisit pour terminer comme dans la première des pieds. (*Voy. pl.* XLV, *fig.* 1 et 2.)

E. *De la présentation de l'épaule, compliquée de la sortie du bras, en partie ou en totalité.* — Cette présentation diffère de la précédente, non-seulement à cause de la présence même de l'épaule, dont les caractères peu marqués ont beaucoup de rapport avec d'autres parties analogues de l'enfant, mais surtout à cause de la sortie même du bras, qui met toujours un grand obstacle à la terminaison de l'accouchement.

Pour procéder méthodiquement, nous allons d'abord nous occuper de la présentation de l'épaule, comme si l'enfant n'avait pas de bras. C'est la seule manière de se former une idée exacte de cette présentation et de la manœuvre qui lui convient.

Les caractères généraux de la présentation de l'épaule se reconnaissent à une tumeur peu volumineuse, rénitente, assez semblable, au premier-coup d'œil, à celle que pourraient offrir le coude, le genou, une fesse, la hanche même, et dont les caractères particuliers n'ont point de signes propres. Mais si on porte le doigt explorateur un peu plus profondément, on découvre bientôt d'une part l'omoplate, et de l'autre la clavicule, ainsi que les premières côtes, qui ne laissent plus de doute sur le caractère spécial de la présentation de l'épaule; il ne s'agit plus que de déterminer la position particulière de l'enfant, ainsi que celle de chaque épaule.

Première position de l'épaule droite. — La position générale de l'enfant est ici la même que dans la première de la hanche droite, c'est-à-dire que la tête répond à gauche et les pieds à droite, le dos de l'enfant vers le pubis et un peu dirigé en haut, les surfaces antérieures dans le sens contraire.

La main droite, introduite en supination, refoule légèrement l'épaule en ménageant le point d'appui, glisse ensuite sur les surfaces antérieures de l'enfant jusqu'aux pieds, que l'on saisit ensemble ou séparément pour les entraîner dans l'excavation, avec l'attention de diriger les talons vers la cavité cotyloïde droite, pour terminer en deuxième position des pieds. (*Voy. pl.* XLVI, *fig.* 1.)

Deuxième position de l'épaule droite. — Quoique la position générale de l'enfant soit ici la même que dans la précédente, elle en diffère beaucoup cependant quant à la situation particulière. La tête, il est vrai, est sur la fosse iliaque droite, et les pieds répondent à la fosse iliaque gauche; mais le dos de l'enfant étant en arrière et les surfaces antérieures en dessus, il en résulte que cette position, ainsi que la première de l'épaule gauche, sont les plus difficiles de toute la *manœuvre*, comme il sera facile de s'en convaincre par l'exposition que nous allons en faire, mais surtout par la vue des parties. (*Voy. pl.* XLVI, *fig.* 2.)

La main gauche, introduite en pronation, refoule le tronc de l'enfant, parcourt dans la même position ses surfaces antérieures jusqu'aux pieds, qu'il faut saisir ensemble, en tirant de préférence sur le pied le plus éloigné, afin de favoriser le mouvement de version de l'enfant en dessous, et le ramener ainsi en première des pieds, pour terminer l'accouchement comme dans cette dernière. Il est surtout fort important dans cette manœuvre de ne point se presser, mais de procéder au contraire avec beaucoup de lenteur.

Première position de l'épaule gauche. — Cette position ne diffère de la précédente que par la situation de la tête, qui est sur la fosse iliaque gauche, et par celle des pieds, qui répondent à la fosse iliaque droite.

Elle exige l'emploi de la main droite, que l'on introduit en pronation pour la glisser de même sur les surfaces antérieures de l'enfant jusqu'aux pieds, qu'il faut saisir ensemble pour le ramener en seconde des pieds, en tirant de préférence sur le pied droit,

qui est le plus éloigné, afin de favoriser le mouvement de version en dessous, et on termine comme en deuxième des pieds. (*Voy. pl.* XLVII, *fig.* 1.)

Deuxième position de l'épaule gauche. — Celle-ci a la plus parfaite analogie avec la première de l'épaule droite, quant à la situation générale de l'enfant; de même que dans cette dernière, en effet, les surfaces antérieures de l'enfant sont en dessous, ce qui rend la terminaison de l'accouchement beaucoup moins difficile, comme on a déjà pu s'en convaincre pour la première de l'épaule droite.

Dans la deuxième de l'épaule gauche, la tête de l'enfant repose sur la fosse iliaque droite, et les pieds répondent à la fosse iliaque gauche; ses surfaces postérieures sont en dessus et un peu en devant, et les surfaces antérieures en dessous et un peu en arrière.

La main gauche introduite en demi-pronation se porte jusqu'à l'épaule qu'elle refoule, ainsi que le tronc de l'enfant, en lui imprimant un léger mouvement de rotation sur lui-même, pour mettre les surfaces antérieures tout à fait en dessous; la main ainsi placée glisse ensuite sur ces mêmes surfaces de droite à gauche jusqu'aux pieds, que l'on saisit ensemble ou séparément pour les entraîner vers la cavité cotyloïde du côté gauche, et terminer comme dans la première des pieds. (*Voy. pl.* XLVII, *fig.* 2.)

De la présentation de l'épaule avec complication de la sortie des bras en partie ou en totalité. — Chez les anciens, et même dans des temps très-rapprochés du nôtre, lorsqu'un des membres supérieurs proéminait ou se présentait en partie ou en totalité hors de la vulve, l'épouvante s'emparait de tous les assistans. L'opérateur lui-même n'envisageait qu'avec effroi une pareille présentation, persuadé qu'on ne pouvait accoucher la femme, qu'au préalable on eût mutilé son fruit. En conséquence de cette idée, on tordait, on amputait l'extrémité sortie dans son articulation avec le tronc, et l'enfant ainsi démembré était ensuite retiré par les pieds pour survivre plus ou moins de temps à un supplice aussi cruel qu'inutile.

Des praticiens justement effrayés des suites funestes d'une pareille manœuvre, cherchèrent à lui substituer un procédé qui, sans être aussi meurtrier, n'en était pas moins impraticable. Que conseillaient en effet ces praticiens? de faire rentrer l'extrémité sortie et d'aller ensuite chercher les pieds. Mais quand la matrice est fortement contractée sur l'enfant, cette manœuvre est non-seulement inutile, mais même impossible et très-souvent dangereuse : car, d'un côté, le membre ressort presque toujours à la première contraction de la matrice; d'un autre côté, par des tentatives répétées, on doit nécessairement fatiguer, irriter les parties de la femme qui, gonflées, tuméfiées, peuvent devenir ainsi un obstacle insurmontable à la terminaison de l'accouchement. Que reste-t-il donc à faire? C'est de ne point vouloir faire rentrer le bras pour aller chercher les pieds; c'est d'exécuter la manœuvre comme s'il n'y avait pas de bras, et que l'enfant fût *manchot;* c'est de ne considérer l'extrémité sortie que comme une circonstance fâcheuse, qui complique, il est vrai, la terminaison de l'accouchement, mais qui ne l'empêche pas : car il est certain, comme l'avait démontré *Deleurye,* que du moment que l'enfant rentre vers le fond de la matrice, le bras remonte avec le corps et disparaît de lui-même.

Voici en peu de mots les points principaux sur lesquels il faut insister dans la manœuvre relative à la sortie du bras : 1°. lorsqu'il y a peu de temps que le bras est sorti en partie ou en totalité, et que les parties de la mère ne sont ni tuméfiées ni enflammées, il faut de suite procéder à la terminaison de l'accouchement, comme nous l'indiquerons plus bas, après avoir apprécié la position particulière de l'enfant, par l'inspection même du membre sorti; 2°. mais si le bras était sorti depuis long-temps, et qu'on eût fait des tentatives en tirant dessus pour

extraire l'enfant; si les parties de la femme, irritées par cette manœuvre imprudente, s'étaient vivement enflammées, on doit craindre que le col, fortement serré sur le bras de l'enfant, ne devienne un obstacle presque insurmontable à la terminaison de l'accouchement. On doit donc, au préalable, faire usage de la saignée, des bains, des fumigations et de tous les moyens propres à ramollir les parties de la femme, avant d'en venir à la manœuvre; 3°. si les parties de la génération n'étaient que simplement tuméfiées, boursoufflées sans inflammation, on peut procéder à la manœuvre, sans être arrêté par cette circonstance, un accoucheur habile devant dans ce cas suppléer, par son adresse et sa persévérance, au désavantage de la position; 4°. il arrive quelquefois que le bras de l'enfant est non-seulement tuméfié, violet, mais meurtri, et que l'épiderme se détache, ce qui pourrait faire croire que l'enfant est mort, et que le bras est gangrené : c'est souvent une erreur, le bras pouvant être en partie sphacélé sans que l'enfant soit entièrement privé de la vie; mais c'est une raison qui doit engager le praticien à terminer l'accouchement le plus promptement possible, afin de pouvoir prodiguer ensuite à l'enfant les soins que son état exige; 5°. mais si le bras, plus ou moins ecchimosé et sphacélé, paraissait ne plus tenir au tronc que par un lambeau des tégumens, par suite des tractions violentes qui auraient été exercées sur lui, alors, comme il n'y a plus de doute que l'enfant est mort, on ne doit procéder à son extraction qu'après avoir, au préalable, séparé le bras du tronc pour éviter que cette séparation ne se fasse dans la matrice, et qu'on ne vous attribuât l'accident qu'un autre aurait commis; 6°. enfin si, appelé pour terminer un accouchement difficile, dont on ne vous désignerait pas la qualité particulière, vous vous aperceviez par le toucher que c'est une présentation de l'épaule, mais qu'il n'y eût pas de bras, et que vous ayez lieu de croire qu'il aurait été arraché, il ne faut procéder à la manœuvre qu'après vous être fait représenter le bras détronqué, afin qu'on ne vous accuse pas de la mutilation de l'enfant. Dans toutes ces différentes circonstances, avant de procéder à la manœuvre, il faut ondoyer l'enfant sous condition, en versant l'eau sur la partie la plus apparente du bras sorti.

De la manœuvre dans le cas d'une présentation quelconque de l'épaule, compliquée de la sortie du bras en partie ou en totalité.

Première position de l'épaule droite avec bras sorti. — Après avoir parfaitement reconnu la situation particulière de l'enfant, qui est en première position par l'inspection du bras sorti, on applique un lac sur ce dernier, que l'on donne à tenir à un aide, placé à droite de l'opérateur. On glisse alors la main droite en supination jusqu'à l'aisselle de l'enfant, et on refoule le tronc; la même main se porte ensuite le long des surfaces antérieures jusqu'aux pieds, qu'elle saisit et entraîne vers la partie interne de la fosse iliaque droite, pour terminer comme dans la deuxième des pieds.

Quand cette manœuvre est bien exécutée, on voit le bras sorti rentrer successivement et disparaître même entièrement. Mais dans l'extraction définitive de l'enfant, l'accoucheur doit avoir la précaution de se saisir lui-même du lien qui a enlacé le bras, et d'agir également sur ce dernier pendant qu'il entraîne le tronc au dehors. (*Voy. pl.* XLVIII, *fig.* 1.)

Deuxième position de l'épaule droite avec bras sorti. — On procède d'abord pour cette position comme pour la première; c'est-à-dire qu'après avoir fixé un lac sur le bras sorti, on introduit la main gauche en pronation jusqu'au tronc de l'enfant, que l'on repousse légèrement, pour avoir la liberté de glisser sur les surfaces antérieures jusqu'aux pieds, que l'on doit saisir ensemble et non séparément, en ayant l'attention de tirer de préférence sur le plus éloigné, afin de faciliter le mouvement de version de l'enfant en dessous, dont on termine l'accouchement en première des pieds. (*Voy. pl.* XLVIII, *fig.* 2.)

Une précaution reste à prendre relativement au bras sorti, c'est qu'au moment où la ver-

sion de l'enfant s'opère, il faut faire passer le lac de gauche à droite, pour mettre le bras en rapport avec le tronc qui a tourné sur lui-même. Sans cette attention, le bras se trouverait croisé sous le tronc et courrait risque d'être fracturé lors de la terminaison définitive de l'accouchement.

On trouvera peut être assez extraordinaire que dans l'exposition de la manœuvrc en particulier, relative aux différentes présentations du tronc, nous n'ayons point fait mention des troisième et quatrième positions, généralement admises par tous les auteurs qui ont écrit depuis Baudeloque; c'est une innovation en effet qui exige quelques explications de notre part. Nous devons donc le déclarer, c'est que ces positions, plutôt imaginées que réellement reconnues, n'existent point; c'est que les praticiens qui les ont admises, ne les ont jamais rencontrées; c'est que le rapport seul des parties suffit pour en démontrer l'impossibilité. On conçoit très-bien en effet que l'enfant puisse se placer en travers sur le détroit supérieur, mais on n'imagine pas comment il pourrait s'y maintenir de devant en arrière; alors pourquoi surcharger la science de détails inutiles, et l'art d'opérations qu'on n'exécutera jamais. Il est temps enfin que la science des accouchemens s'affranchisse de certaines entraves qui s'opposaient à son perfectionnement; telles sont les raisons qui nous ont fait rejeter les troisième et quatrième positions.

Un autre remarque à fairc relativement à la terminaison des accouchemens dans lesquels l'enfant présente une partie quelconque des surfaces extérieures du tronc, c'est que l'accoucheur, dans ces diverses présentations, doit avoir pour principe de ramener constamment les surfaces antérieures de l'enfant en dessous. Cette loi fondamentale a pour but de le placer toujours en première ou en seconde position des pieds, qui est la seule et véritable manière de terminer l'accouchement.

Écartement des pubis après la section du fibro-cartilage

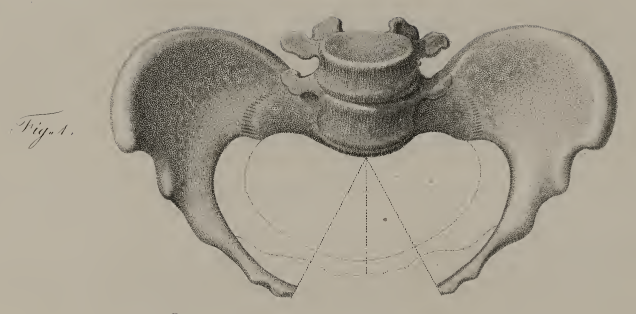


Extraction de la tête par le forceps, après l'opération de la symphise.

A. Chazal del.

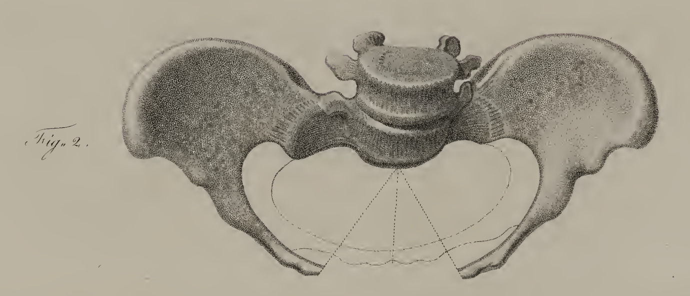
Coutle, p.t dn

Fig. 1.



Ecartement sur un baſsin vicié, mais régulier.

Fig. 2.



Ecartement sur un baſsin vicié et irrégulier.

A. Chazal del.

Couché fils dir.

Opération Césarienne = Procédé des anciens.



A. Chazal del.

Couché fils dir.

Opération Césarienne.



Extraction de l'enfant

A. Chazal del.

Couché fils dir.

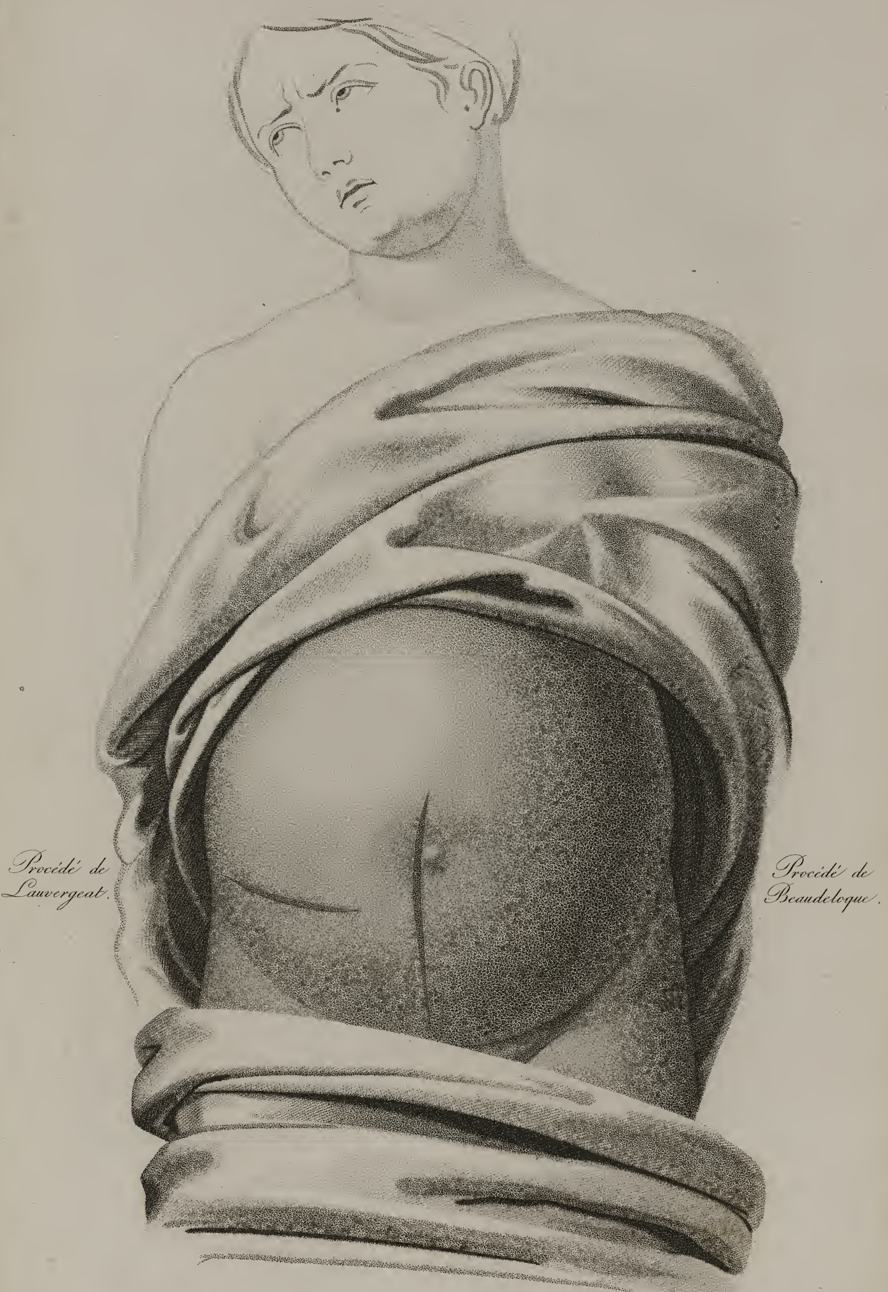
Opération Césarienne.



Passage du cordon pour la delivrance.

A. Chazal del.

Couché fils dir.



A. Chazal del.

Couché fils dir.

Présentation de la tête. — Il n'en est pas de la manœuvre relative aux différentes présentations de la tête comme de celle qui concerne le tronc ou même les membres inférieurs. Semblables en apparence, il existe au contraire entre elles une différence qu'il n'est pas permis de méconnaître. La présentation de la tête, par exemple, n'entraîne pas par elle-même la nécessité d'une manœuvre, puisqu'à la rigueur l'accouchement peut se terminer d'une manière naturelle, quelle que soit la partie de sa surface extérieure qui se présente au détroit supérieur ou abdominal. Il en résulte que les principes généraux qui nous ont dirigés dans l'exposition de la manœuvre relative aux présentations du tronc ou des membres inférieurs, ne pouvant être applicables à celle de la tête, on ne peut passer à l'exposition de cette dernière sans entrer dans de nouvelles considérations sur les motifs qui la font mettre en usage, de même que sur son mode d'exécution.

Sans doute, dans toutes les présentations de la tête, on doit tenter de ramener celle-ci à sa position naturelle, en plaçant le sommet de manière à le rapprocher constamment du centre du bassin, ce qui permet d'abandonner ensuite le travail aux seuls efforts de la nature. Mais pour que ce principe fût de rigueur, il faudrait supposer que la matrice jouit encore de la faculté de se contracter; et que gagnerait-on d'en agir ainsi chez une femme affaiblie, qui ne présente plus que les apparences d'une vie expirante, ou qu'une perte effroyable ou d'horribles convulsions menacent à chaque instant de faire périr? Loin de perdre un temps précieux, il faut au contraire se hâter de procéder à la terminaison de l'accouchement.

Ainsi, de quelque manière que la tête soit placée au détroit supérieur, et lorsque sa présentation défavorable met un obstacle pour ainsi dire invincible à la terminaison de l'accouchement, une main adroite et prudente doit tenter tous les moyens connus de l'art pour ramener l'occiput au centre du bassin, solliciter les contractions de la matrice et laisser ensuite à la nature le soin de la terminaison de l'accouchement. Mais si on ne peut parvenir à exécuter cette manœuvre, si la tête, poussée par de vives contractions utérines, cherche à se placer de plus en plus dans une situation défavorable, on ne doit plus hésiter; il faut alors repousser la tête, la porter sur l'une ou l'autre des fosses iliaques, aller chercher les pieds, et terminer comme nous l'avons exposé plus haut à l'occasion de la présentation des pieds.

On doit tenir la même conduite lorsque des accidens graves et alarmans menacent à chaque instant la vie de la femme et celle de l'enfant. On ne doit même plus, dans ce dernier cas, compter sur les ressources de la nature; et l'occiput même se présenterait-il, on n'en doit pas moins employer le même procédé que dans le cas précédent.

La manœuvre relative aux diverses positions de la tête offre cela de remarquable, qu'elle exige toujours le même manuel ou à peu près; ainsi, de quelque manière que la tête soit placée dans les environs du détroit supérieur, il faut constamment en diriger la partie occipitale vers l'une ou l'autre des deux fosses iliaques, porter ensuite la main introduite le long des surfaces antérieures jusqu'aux pieds, que l'on entraîne dans l'excavation, en faisant ainsi rouler l'enfant sur lui-même, pour terminer par la manœuvre des pieds.

Nous avons distingué cinq présentations à la tête, savoir : 1°. le vertex ou sinciput; 2°. l'occiput ou le sommet; 3°. la face; 4°. et 5°. l'une et l'autre tempes ou régions auriculaires.

A. *Présentation du vertex ou sinciput.* — Lorsque le vertex ou sinciput se présente au détroit supérieur, on le reconnaît à la présence d'une tumeur large, arrondie, dure, offrant, à une distance de trois travers de doigt, les deux fontanelles, dont la figure et la disposition déterminées et bien connues, ainsi que les sutures et leur direction, fournissent à l'accoucheur les moyens de reconnaître la situation particulière de la tête.

Nous devons faire remarquer que, dans toutes les présentations de la tête, le corps de l'enfant, pelotonné et comme replié sur lui-même, se trouve ainsi dans le sens de la flexion la plus naturelle.

Première position du vertex. — Dans cette position, la partie sincipitale de la tête occupe toute l'ouverture du détroit supérieur, l'occiput à gauche et la face à droite.

La main gauche introduite repousse la tête, qu'elle soulève avec l'extrémité des doigts, pour la porter sur la fosse iliaque du côté gauche. On glisse ensuite la main sur les surfaces antérieures, en dirigeant les doigts successivement sur le côté gauche de l'enfant, l'épaule, la hanche, pour gagner les pieds, les amener ensemble ou séparément dans le vagin, et terminer comme en deuxième des pieds.

Si, dans cette manœuvre ainsi que dans toutes celles qui concernent les diverses présentations de la tête, cette dernière, trop rapprochée de l'orifice, et du détroit supérieur par conséquent, mettait un trop grand obstacle au dégagement des pieds, il faudrait d'abord tâcher de la repousser avec la paume de la main déjà introduite, ou bien avec les doigts de la main opposée, que l'on porte jusqu'à la hauteur de la tête. Si ce premier moyen ne suffisait pas, et que la tête, comme enclavée sur une partie du détroit, opposât une résistance presque insurmontable à l'extraction des pieds, il faudrait alors mettre en usage l'instrument auquel nous donnons le nom de *repoussoir*. Voici, en deux mots, la manière de s'en servir.

On commence par appliquer un *lac* sur un des pieds de l'enfant ou même sur chacun des deux pieds; on porte ensuite sur la tête de l'enfant l'instrument dont nous venons de parler; tirant alors fortement sur les pieds pour les amener au dehors, pendant que d'une autre part on repousse la tête en dedans, on parvient sans peine à retourner l'enfant et à terminer l'accouchem nt, qui sans cela aurait offert des difficultés quelquefois insurmontables. (*Voy. pl.* XLIX *et* L, *fig.* 1 *et* 2.)

Ce procédé doit être mis en usage dans toutes les présentations de la tête en général, dans lesquelles on éprouverait une difficulté réelle pour dégager les pieds, ou bien, comme on le dit vulgairement, pour retourner l'enfant.

Deuxième position du vertex. — La situation de l'enfant est la même que dans la position précédente, seulement l'occiput est à droite et en avant, et la face à gauche et en arrière.

On introduit la main droite que l'on dirige vers le côté gauche du bassin, pour repousser la tête vers la fosse iliaque droite. On glisse ensuite les doigts vers le côté gauche de la tête de l'enfant, l'épaule, la hanche, jusqu'aux pieds, que l'on saisit ensemble ou séparément, pour les entraîner dans l'excavation, et l'on termine comme dans la première des pieds.

Troisième position du vertex. — L'occiput, dans cette position, répond vers la fosse iliaque droite, et la face vers la cavité cotyloïde gauche.

C'est la main droite qui est ici chargée d'exécuter le manuel. Portée jusqu'à la tête, elle l'embrasse, la porte sur la fosse iliaque droite, va le long des surfaces antérieures jusqu'aux pieds, qu'elle entraîne dans l'excavation, et l'on termine comme en première des pieds.

Quatrième position du vertex. — L'occiput répond ici à la symphise sacro-iliaque gauche, et la face vers la cavité cotyloïde du côté droit.

On introduit la main gauche, qui se porte, comme dans les positions précédentes, le long des surfaces antérieures jusqu'aux pieds, pour les ramener derrière la cavité cotyloïde du côté droit, et terminer en deuxième des pieds.

B. *Présentation de l'occiput.* — Cette présentation, qui est d'ailleurs dans l'ordre des présentations essentiellement naturelles, n'exige les secours de la main que lorsque des accidens graves rendent vains les efforts de la nature et compromettent éminemment les jours de la mère et ceux de l'enfant. Quant à la situation de la tête au détroit supérieur, elle ne diffère point de celle qu'elle affecte dans l'accouchement le plus naturel, et nous dispense par conséquent de le répéter pour les quatre positions de la tête.

Les caractères qui nous font connaître que l'occiput se présente, ne sont point équivoques lorsque le cuir chevelu n'est point tuméfié, et que les sutures, et surtout les fontanelles, sont pour

ainsi dire à découvert. Mais il n'en est pas ainsi quand la tête, depuis long-temps retenue, et fortement appliquée sur le détroit, se trouve par cela même plus ou moins boursoufflée et dérobe ainsi l'occiput aux recherches du doigt explorateur, car il est alors presque impossible de le reconnaître à travers la tuméfaction toujours très-considérable qui le recouvre. Ce n'est donc que par l'absence des signes qui caractérisent les autres présentations de la tête, par des signes négatifs par conséquent, qu'on peut déterminer la présentation de l'occiput.

Première position de l'occiput. — La main gauche introduite soulève la tête pour la porter sur la fosse iliaque gauche, elle va ensuite chercher les pieds et termine en deuxième.

Deuxième position de l'occiput. — Ici c'est la main droite qui exécute le manuel, comme dans la seconde du vertex, pour terminer de même en première des pieds.

Troisième position de l'occiput. — La main droite, après avoir porté la tête sur la fosse iliaque droite, ira chercher les pieds pour terminer en première.

Quatrième position de l'occiput. — Comme dans la quatrième du vertex, la main gauche ira chercher les pieds pour terminer en deuxième.

D. *Présentation de la face.* — Les caractères les moins équivoques, les plus palpables, dénotent communément cette région, savoir : le nez, la bouche, le rebord des orbites, etc.

S'il est une présentation de la tête qui exige que l'on tente tous les moyens possibles pour la ramener à sa position naturelle, c'est sans contredit celle qui nous occupe. La situation forcée de l'enfant, le danger qui le menace, l'impossibilité où il est de franchir heureusement les détroits du bassin, nous font une loi impérieuse de relever le menton sur la poitrine pour le placer d'une manière plus convenable, ou d'aller de suite chercher les pieds. Sans doute que le premier procédé serait préférable, parce que, la tête une fois placée convenablement, le reste du travail pourrait s'effectuer sans peine et par les seuls secours de la nature. Mais si on ne peut y parvenir, on n'a pas d'autre moyen que de retourner l'enfant et de l'amener par les pieds.

Première position de la face. — La tête est placée de manière que ce n'est pas l'occiput, mais le front qui répond à gauche et le menton à droite.

Dans cette position, il faut introduire la main gauche vers le côté droit de la matrice, repousser la tête sur la fosse iliaque gauche, en corrigeant, autant que cela est possible, la situation forcée et défavorable de la tête de l'enfant; on glisse ensuite la main le long des surfaces antérieures jusqu'aux pieds, que l'on ramène vers le côté droit du bassin, et l'on termine comme en deuxième des pieds.

Deuxième position de la face. — La situation de la tête est l'opposé de la précédente; du reste, même indication à remplir avec la main droite.

Troisième position de la face. — Le front répond ici à la symphise sacro-iliaque droite, et le menton à la cavité cotyloïde gauche.

Dans cette position, on introduit la main droite qui porte la tête sur la fosse iliaque du même côté et va chercher les pieds pour terminer en première.

Quatrième position de la face. — Ici le front répond à la symphise sacro-iliaque gauche, et le menton à la cavité cotyloïde droite.

La main gauche introduite place la tête sur la fosse iliaque gauche, et termine en deuxième des pieds. (*Voy. pl.* LI, *fig.* 1 *et* 2.)

Avant de passer à la dernière des présentations de la tête, nous devons faire observer que la première et la deuxième de la face sont les plus favorables pour l'application du lévier, qui s'introduit de champ par le côté gauche ou le côté droit du bassin, selon la position particulière de la tête, et qui, placé ensuite sur l'occiput, tend à le faire descendre dans l'excavation, ainsi que la totalité de la tête.

E. *Présentation de la région auriculaire ou des côtés de la tête.* — Les signes communs aux deux côtés de la tête sont une tumeur dure et arrondie indiquant cette dernière partie. La présence de l'oreille, celle de l'angle de la machoire inférieure ne laissent aucun doute sur la position particulière de chaque oreille.

Première position. — Côté droit. — D'après notre méthode de classification pour les différentes positions des côtés de la tête, le vertex, dans cette première position, est censé répondre au bas de la fosse iliaque gauche, la face au sacrum, le bord postérieur ou libre de l'oreille au pubis. La main droite soulève la tête, la porte sur la fosse iliaque droite, pour terminer en première des pieds.

Première position. — Côté gauche. — La situation générale de la tête, relativement au détroit supérieur, est la même que dans la position précédente. Seulement la face répond ici au pubis, et le bord postérieur de l'oreille au sacrum.

On introduit la main droite, qui soulève la tête et la porte vers la fosse iliaque droite; puis on va chercher les pieds, pour terminer comme précédemment.

Deuxième position. — Côté droit. — Le sommet de la tête répond au bas de la fosse iliaque droite, et la face au pubis.

La main gauche dirigée vers l'occiput pour le placer sur la fosse iliaque gauche, se porte le long des parties latérales gauches de l'enfant jusqu'aux pieds, pour terminer en deuxième.

Deuxième position. — Côté gauche. — La face correspond au sacrum; le reste comme dans la première position.

C'est la main gauche qui placera l'occiput sur la fosse iliaque gauche, pour terminer en deuxième des pieds.

Troisième position. — Côté droit. — Le sommet répond au pubis, et la face au côté gauche du bassin.

La main droite introduite du côté gauche du bassin, embrasse la tête et la porte sur la fosse iliaque droite. On dirige ensuite les doigts vers les pieds, pour terminer en première.

Troisième position. — Côté gauche. — La face de l'enfant répond au côté droit du bassin et le sommet au pubis.

On porte la main gauche vers le côté droit du bassin, pour déplacer la tête, la repousser vers la fosse iliaque gauche, aller chercher les pieds, et terminer en deuxième.

Quatrième position. — Côté droit. — Le sommet de la tête répond au sacrum, et la face au côté droit du bassin.

La main gauche refoulera la tête et la portera vers la fosse iliaque gauche, pour terminer l'accouchement comme en deuxième des pieds.

Quatrième position. — Côté gauche. — Le sommet de la tête regarde le sacrum, et la face le côté gauche du bassin.

La main droite, dirigée vers le côté gauche du bassin, soulevera la tête pour la porter vers la fosse iliaque droite, et terminer en première des pieds. (*Voy. pl.* LII, *fig.* 1 *et* 2.)

Ici se termine ce qui concerne la manœuvre simple, c'est-à-dire celle qui, n'ayant besoin d'aucun instrument, peut être exécutée par la main seule; mais la tête en particulier demande quelquefois une manœuvre un peu plus compliquée. Il n'est pas rare en effet de voir la tête tellement serrée à travers le détroit qu'elle ne puisse être ni refoulée dans l'intérieur de la matrice, ni entraînée dans l'excavation sans le secours des instrumens; de là découle naturellement l'histoire de la manœuvre composée ou instrumentale.

DE LA MANOEUVRE COMPOSÉE OU INSTRUMENTALE.

Lorsque la main seule suffit pour la terminaison de l'accouchement, l'opération qui en résulte prend le nom de manœuvre simple; elle est composée ou même compliquée, lorsque l'accoucheur est forcé de se servir d'instrumens. Parmi ces derniers, il en est qui, simples auxiliaires de la main, n'offensent ni les parties de la mère, ni celles de l'enfant. Quoique peu nombreux, les services qu'ils ont rendus à l'art, et à l'humanité par conséquent, sont incalculables. Ces instrumens sont le forceps, le levier, le crochet-mousse et le lac. Ils composent la manœuvre instrumentale simple.

Les autres, plus dangereux dans leur application, offensent plus ou moins profondément les parties de la mère ou celles de l'enfant. Leur action est essentiellement vulnérante. Ils composent la manœuvre instrumentale compliquée. Ces instrumens sont, d'une part, ceux dont on se sert pour pratiquer l'opération césarienne et celle de la symphise, et de l'autre, tous ceux qu'exige l'extraction violente d'un enfant mort. (*Pour la description des instrumens*, *voyez les planches qui les représentent*, 19me. *livraison.*)

De l'usage du forceps. — Le forceps ne s'applique que sur la tête de l'enfant. La forme de l'instrument, le mécanisme de son application l'indiquent assez, et ce ne serait pas sans danger qu'on se permettrait d'en faire usage pour saisir toute autre partie de la surface extérieure de l'enfant.

Les causes qui nécessitent l'application du forceps sont très-nombreuses sans doute, on peut cependant les réduire aux suivantes : les unes dépendent de la mère, les autres appartiennent à l'enfant. Les premières tiennent d'une part à la résistance des parties extérieures de la génération, et de l'autre à l'étroitesse plus ou moins considérable de l'un ou de l'autre détroit. Les secondes résultent le plus ordinairement de la grosseur démesurée de la tête de l'enfant, auxquelles il faut ajouter l'inertie de la matrice.

Le forceps peut être appliqué sur la tête de l'enfant descendue dans l'excavation ou retenue au détroit supérieur, que le tronc soit encore dans l'intérieur de l'utérus, ou sorti hors des parties extérieures de la génération. Son application ne doit se faire que sur les côtés de la tête de l'enfant; ce précepte est de rigueur, un seul cas fait exception, nous aurons soin de l'indiquer.

A. *Application du forceps sur la tête dans l'excavation, le tronc dans la matrice.* — La tête, descendue dans l'excavation, peut s'y placer en général de quatre manières différentes. Dans le premier cas, l'occiput regarde le pubis et la face répond au sacrum; dans le second cas, c'est l'inverse; dans le troisième, l'occiput est à gauche et la face à droite; le contraire a lieu dans le quatrième.

PREMIER CAS. *L'occiput en dessus et la face en dessous.* — La femme placée convenablement et comme pour la manœuvre simple, l'opérateur prend avec la main gauche la branche mâle ou à pivot, qu'il a préalablement trempée dans l'eau chaude et enduite d'un corps gras quelconque; d'une autre part, la main droite, également enduite d'un corps mucilagineux, pénètre dans les parties de la génération de la mère, du côté gauche, de manière à placer deux ou trois doigts entre le col de la matrice et la tête de l'enfant. Ces précautions prises, on fait glisser le long de leur trajet la branche mâle, tenue et conduite par la main gauche, de manière à lui faire décrire une longue courbe, en portant l'extrémité introduite de champ, de devant en arrière et de haut en bas, puis un peu de bas en haut, ce qui ne peut s'exécuter sans que le manche de la cuiller ne soit d'abord très-élevé en dehors, puis insensiblement abaissé d'autant, et presque perpendiculairement entre les cuisses de la femme. (*Voy. pl.* LIII, *fig.* 1.)

Par cette manœuvre, la branche sera placée à plat, d'abord sur une partie du front, ensuite appliquée de même sur la région latérale gauche de l'enfant.

La branche mâle ainsi appliquée et maintenue invariablement par un aide, l'opérateur retirera sa main droite pour saisir la branche femelle ou à mortaise, et à la faveur des doigts de la main gauche, interposés à leur tour entre le bord interne de la matrice du côté droit et la surface correspondante de la tête, il placera cette seconde branche comme la première.

Lorsque le forceps est bien appliqué, les deux branches doivent être introduites à peu près de quatre à cinq pouces, le bouton de la branche mâle à la hauteur et dans la direction de la symphise des pubis (*voy. pl.* LIII, *fig.* 2) les deux branches croisées en dehors et réunies par leur pivot sur lequel on fait agir la clé, on serre l'instrument avec une force moyenne d'abord et plus fortement ensuite, de manière que les manches soient en contact à leur extrémité. Les branches ainsi rapprochées, on assujétira leurs extrémités avec un ruban ou l'angle d'une serviette roulée. Alors l'opérateur, après avoir saisi l'instrument avec la main gauche placée en supination près de la vulve, et la main droite en pronation vers son extrémité opposée, fera des tractions sur la tête, modérées d'abord, puis un peu plus énergiques, pour l'entraîner au dehors, en portant l'instrument tantôt à droite, tantôt à gauche, et en le baissant graduellement pour placer l'occiput sous l'arcade des pubis. Relevant ensuite l'instrument, on fait rouler la face et le front dans la concavité du sacrum, ce qui fait saillir considérablement le périné, dont la distention souvent énorme doit engager l'opérateur à le soutenir fortement de la main gauche, tandis que la droite continuera seulement à extraire la tête, en relevant peu à peu le corps et les manches du forceps vers le ventre de la mère, ce qui fera rouler l'occiput sous l'arcade des pubis et l'entraînera définitivement hors de la vulve avec le reste de la tête.

2me. CAS. *L'occiput en dessous et la face en dessus.* — Quoique la situation de la tête, dans ce deuxième cas, soit l'inverse de la précédente, l'application du forceps se fait de la même manière cependant, c'est-à-dire que les deux branches doivent être introduites et placées absolument comme dans le premier cas; seulement l'extraction de la tête doit être faite avec plus de lenteur, parce que la face, forcée, comme l'était l'occiput précédemment, de se contourner sous l'arcade des pubis, n'exécute pas ce mouvement aussi bien que ce dernier, à cause de sa forme raboteuse et inégale.

Il résulte également de cette disposition que la saillie du périné est encore plus forte ici que dans le cas précédent, à cause de la forme arrondie et très-proéminente de l'occiput.

3me. CAS. *L'occiput à droite ou à gauche et la face du côté opposé.* — Il peut arriver que la tête, en descendant dans l'excavation, n'exécute pas le mouvement de rotation nécessaire pour se placer convenablement au détroit périnéal, et qu'elle reste alors placée sur le côté et comme enclavée entre les deux tubérosités de l'ischion. On a pensé que, dans cette situation, l'application du forceps pouvait seule remédier à un pareil inconvénient. Mais ici la manière de l'appliquer diffère beaucoup des deux cas précédens. Ainsi, en admettant que l'occiput fût à droite et la face à gauche, on saisira la branche femelle avec la main droite, en la présentant fortement abaissée sur l'abdomen de la mère et dans la direction de la symphise des pubis, pour la placer immédiatement dans la concavité du sacrum. A mesure que la branche est introduite, on en dirige un peu l'extrémité vers les régions postérieures de la tête de l'enfant, et on la fait maintenir par un aide; on saisit ensuite la branche mâle que l'on introduit de même sous la symphise des pubis, afin de la placer sur le côté opposé de la tête de l'enfant, et l'on dirige alors le bouton vers la mortaise de la branche femelle. Les deux branches serrées et maintenues solidement, l'opérateur, sans abandonner le forceps, se placera en dehors de la cuisse gauche de la mère, pour faire exécuter à l'instrument un mouvement circulaire très-étendu, à l'aide duquel l'occiput vient se placer sous l'arcade des pubis, et la face se dirige

vers la concavité du sacrum. La terminaison définitive de l'accouchement se fait du reste comme dans le cas précédent.

Nota. Dans cette rotation violente de la tête sur elle-même, il est à craindre qu'elle ne soit tordue si on agit trop brusquement, parce que le tronc ne suit pas toujours le mouvement imprimé à la tête de l'enfant; c'est à l'opérateur prudent à prévoir, par la résistance qu'il pourrait éprouver, quels seraient les dangers qu'il ferait courir à l'enfant, et il se comportera en conséquence.

4me. CAS. *L'occiput en sens inverse du cas précédent.* — Dans cette position défavorable de la tête de l'enfant, l'application des branches doit être faite comme dans le cas précédent, avec cette différence cependant, que la branche femelle, qu'il faut placer la première, doit être introduite sous l'arcade des pubis, et la branche mâle par la concavité du sacrum. Du reste, le mouvement circulaire prolongé qu'il faut imprimer à la tête, doit être le même que dans le cas précédent, avec la seule différence que l'opérateur, pour l'exécuter, se place en dehors de la cuisse droite de la mère.

B. *Application du forceps sur la tête arrêtée au détroit supérieur, l'enfant dans la matrice.* — La tête peut être arrêtée au détroit supérieur, ou par l'étroitesse de cette ouverture, ou par la grosseur un peu trop considérable de la tête de l'enfant, auxquelles succède presque toujours l'inertie de la matrice. L'application du forceps, impérieusement commandée dans ces circonstances, ne doit être mise en usage cependant que lorsque le détroit supérieur ne présente pas moins de trois pouces à trois pouces un quart de devant en arrière, et encore faut-il admettre que la filière osseuse n'offre pas de difformités trop apparentes.

La tête, arrêtée au détroit supérieur, peut s'y placer de quatre manières différentes, comme dans l'excavation, quoiqu'avec quelques modifications dont nous parlerons plus bas.

Dans le premier et le second cas, nous supposons la tête placée, selon sa longueur, dans la direction du diamètre sacro-pubien, l'occiput tantôt vers les pubis, tantôt vers le sacrum. Dans ces deux premiers cas, l'application se fera comme précédemment, c'est-à-dire que la branche mâle saisie de la main gauche, et la femelle de la main droite, seront successivement introduites et placées sur les parties latérales de la tête de l'enfant, après avoir préalablement placé l'une des deux mains dans le vagin pour diriger la marche de l'instrument. Mais, vu l'éloignement de la tête, l'instrument doit être porté beaucoup plus profondément;sans cette précaution, son extrémité seule se placerait sur la tête, et il n'y a pas de doute qu'au moindre effort l'instrument lâcherait prise, et, par sa sortie brusque et trop précipitée, exposerait nécessairement les parties de la mère à des contusions, même à des déchirures plus ou moins considérables.

Lorsque l'instrument est convenablement et méthodiquement appliqué, on cherche à entraîner la tête dans l'excavation, en ayant l'attention de tirer dans la direction du détroit supérieur, et en ménageant les tractions de manière à ce que les grands diamètres de la tête se trouvent, autant que possible, en rapport avec ceux du bassin.

Comme, dans le cas qui nous occupe, les parties extérieures de la génération n'ont éprouvé aucune dilatation, et qu'elles conservent toute leur résistance naturelle, il est très-important de ménager les tractions au moment où la tête est prête à les franchir, en les faisant soutenir avec la plus grande précaution.

Il pourrait arriver que, dans le cas d'une extrême étroitesse du bassin, la tête se présentât de côté, et que, poussée par des tractions violentes et soutenues, elle se trouvât comme enclavée entre la saillie sacro-vertébrale d'une part, et la symphise des pubis de l'autre. Dans cette circonstance critique, l'enfant périrait infailliblement si on ne se hâtait de l'extraire avec l'instrument; mais comme le tête est immuablement fixée, et qu'il est impossible de placer les branches du forceps sur ses parties latérales, puisque les bosses pariétales sont fortement serrées

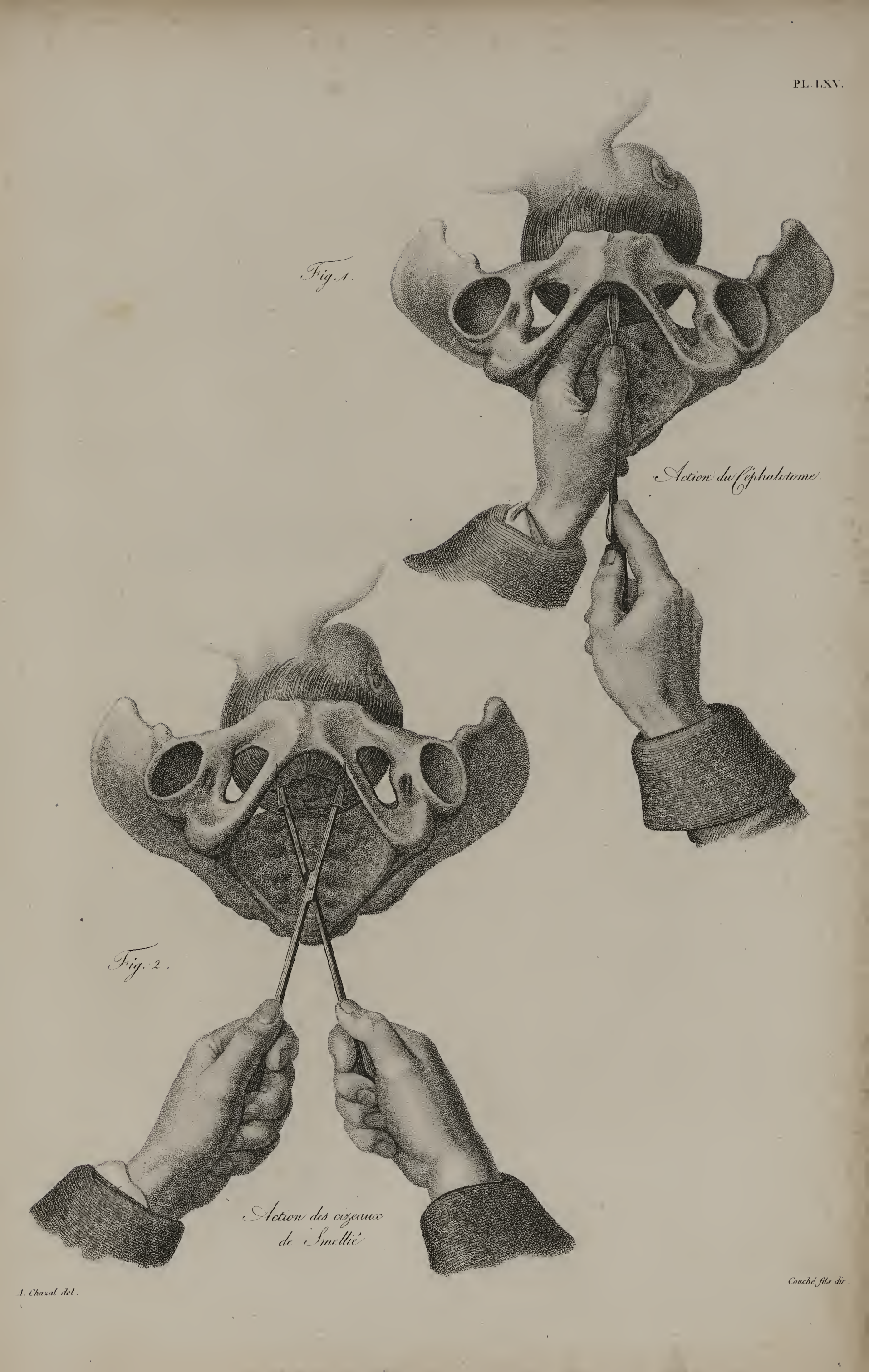
entre le sacrum et la symphise des pubis, on n'a d'autre ressource pour extraire la tête, que de la saisir sur sa longueur, c'est-à-dire de la face à l'occiput, quoique ces parties inégales et raboteuses soient très-peu favorables à l'application et surtout au maintien des branches de l'instrument. Malgré cet inconvénient, la tête une fois saisie, on fait les tentatives nécessaires pour l'entraîner dans l'excavation, en prenant toutes les précautions possibles pour ne pas meurtrir la face ou briser les os du crâne.

Aussitôt que la tête est descendue dans l'excavation, on s'empresse de retirer les branches l'une après l'autre, afin de les réintroduire de nouveau sur les côtés de la tête, comme nous l'avons exposé plus haut, et de procéder à l'extraction définitive de l'enfant de la même manière.

C. *De l'application du forceps sur la tête, retenue au détroit supérieur ou même descendue dans l'excavation, le tronc au dehors.* — L'expérience a prouvé que dans presque tous les cas d'extraction par les pieds, l'enfant courrait les plus grands risquesde périr, par suite des efforts qu'on est souvent obligé de faire sur la tête pour l'entraîner dans l'cxcavation, ou même pour la dégager à travers les parties extérieures de la génération. Ce sont ces considérations qui ont engagé depuis quelque temps les praticiens à préférer, dans ce cas, l'application du forceps à l'extraction manuelle.

Comme dans la manœuvre simple, l'enfant est toujours ramené les surfaces antérieures en dessous, l'application du forceps se fait de la manière suivante : le corps et les bras de l'enfant tenus et relevés vers l'abdomen de la mère, on introduit du côté gauche de cette dernière la branche mâle, pour la placer sur le côté droit de la tête de l'enfant. Cette branche étant maintenue par un aide, on introduit de même la branche femelle du côté opposé. Les deux branches rapprochées et serrées, on abaisse le tronc de l'enfant dessus, après avoir préalablement recouvert d'un linge le forceps; l'opérateur alors, saisissant également l'enfant et l'instrument, agit ainsi sur l'un et l'autre, et les extrait en même temps hors des parties de la mère.

Dans la position inverse, c'est-à-dire lorsque la face se trouve vers les pubis, et l'occiput en arrière, ce qui ne peut être qu'un écart de la nature plutôt qu'un oubli de l'art, l'instrument s'applique de la même manière que dans le cas précédent; mais ici l'enfant étant fortement abaissé vers le périné, au lieu d'être relevé vers l'abdomen de la mère, il en résulte que la manière d'extraire l'enfant présente une légère différence, quoique la terminaison définitive se fasse à peu de chose près comme précédemment.


Fig. 1.
Action du Céphalotome
Fig. 2.
Action des cizeaux
de Smellié
A. Chazal del.
Couché fils dir.



Extraction de l'enfant avec le tire-tête de Bacquié

Extraction de l'enfant avec le forceps-crochet.

A. Chazal del.

Couché fils dir.


Ponction du ventre dans le cas d'hydropisie.
Fig. 1.
Ponction de la tête dans le cas d'hydrocéphale.
Fig. 2.
A. Chazal del.
Couché fils di.

DE LA MANŒUVRE INSTRUMENTALE COMPLIQUÉE.

La symphyséotomie ou opération de la symphyse, l'hystérotomie ou opération césarienne, et toutes les opérations que l'on pratique sur l'enfant pour l'extraire lorsqu'il est mort, composent la manœuvre instrumentale compliquée. En effet, les instrumens dont on se sert pour ces diverses opérations sont plus ou moins offensans pour la mère et pour l'enfant, avec cette différence, cependant, que dans les deux premières il s'agit d'un enfant vivant, et que dans les dernières, l'enfant est privé de la vie, et que c'est sur lui-même que sont dirigés les instrumens. Ce n'est donc plus, dans ce dernier cas, un accouchement qu'il faut terminer d'une manière plus ou moins méthodique, c'est un corps étranger dont il faut débarrasser la mère.

Relativement aux deux opérations, césarienne et de la symphyse, ce n'est ni l'ancienneté de leur origine, ni le plus ou moins de risques à courir pour la mère ou pour l'enfant qui doit décider le praticien à les mettre en usage, mais le degré d'étroitesse du bassin : car, s'il est vrai que l'opération de la symphyse offre au premier coup-d'œil moins de danger pour la mère que l'opération césarienne, on ne peut disconvenir qu'elle ne soit plus longue et beaucoup plus embarrassante à pratiquer que cette dernière.

Voyons maintenant comment on les pratique l'une et l'autre.

De la symphyséotomie ou opération de la symphyse.

Lorsque le bassin n'a pas trois pouces de devant en arrière, la terminaison de l'accouchement ne peut plus avoir lieu à l'aide du forceps. L'art doit recourir à d'autres moyens : deux opérations se présentent quand l'enfant est vivant, la symphyséotomie et l'hystérotomie. De ces deux opérations, la première seule convient lorsque le diamètre antéro-postérieur n'a pas moins de deux pouces, car au-dessous de cette dimension les avantages de la symphyséotomie seraient en pure perte, le bassin ne pouvant, avec d'aussi petites proportions, permettre un écartement assez considérable pour laisser passer la tête, sans de graves inconvéniens pour la mère.

Ce n'est donc pas assez de se décider, dans le cas d'une étroitesse extrême du diamètre antéro-posterieur, pour l'une ou l'autre des deux opérations, il faut encore ne les mettre en usage qu'avec la certitude d'un succès calculé d'après les dimensions connues de la tête et ses rapports avec les diamètres du bassin. Voilà pourquoi l'opération césarienne ne doit être pratiquée que lorsque l'étroitesse du bassin ne permet pas d'avoir recours à l'opération de la sympyhse.

Cette dernière opération a pour but l'agrandissement du bassin en général et du détroit supérieur en particulier. On ne peut obtenir ces résultats qu'en divisant dans son entier le fibro-cartilage qui unit les deux os pubis entre eux, et en opérant ensuite un écartement proportionné au degré d'ouverture que l'on juge nécessaire pour permettre à la tête de franchir librement toute l'étendue de la filière osseuse.

Le praticien doit avoir fait toutes ces réflexions avant de pratiquer l'une ou l'autre de ces deux opérations.

Dans l'une comme dans l'autre, il faut d'abord s'occuper de la situation de la femme, qui consiste, dans la symphyséotomie, à la placer sur le bord d'un lit, les jambes fléchies et écartées, et le siége un peu élevé. Deux aides situés, l'un à droite et l'autre à gauche, sont chargés de les soutenir et de les écarter fortement au moment de la division du cartilage inter-pubien; deux

autres aides sont destinés à suivre les mouvemens de l'opération, soit pour écarter les divisions de la plaie extérieure, soit pour seconder les tractions des cuisses.

Le mont de Vénus sera rasé et une sonde introduite dans la vessie opérera la vacuité de cet organe; la sonde sera laissée dans la vessie pour entraîner le canal de l'urèthre à droite ou à gauche au moment de l'opération, et le mettre à l'abri de la marche de l'instrument.

L'opérateur placé entre les jambes de la femme, la main droite armée d'un bistouri ordinaire, divise en deux ou trois sections la peau et le tissu cellulaire, en portant l'instrument dans la direction de la symphyse des pubis. Le fibro-cartilage étant mis à nu, il s'empare alors du *couteau symphysien*, avec lequel il divise la symphyse, en ayant l'attention de ne pas aller trop vîte et en appuyant fortement l'instrument sur le fibro-cartilage. (*Voy.* pl. 57, fig. 1.)

A mesure que la division du fibro-cartilage s'opère, on fait écarter les cuisses de la femme, afin de rendre plus facile le reste de l'opération; mais on doit ménager les derniers coups de bistouri, dans la crainte d'intéresser la vessie. Il vaudrait peut-être mieux que la division des dernières lames du fibro-cartilage s'opérât par suite des tractions faites sur les cuisses par les aides, que par l'instrument.

C'est l'opérateur qui doit diriger et ordonner lui-même le degré d'écartement qu'il croit nécessaire. Cet écartement doit se faire avec lenteur, graduellement et sans secousses.

Lorsque l'écartement a été porté au degré convenable, le praticien doit s'occuper à l'instant même de la terminaison de l'accouchement, soit en allant chercher les pieds, s'il le juge convenable, soit en saisissant la tête avec le forceps. Si cette dernière paraissait vouloir s'engager avec une sorte de facilité, on laisserait l'accouchement se faire à l'aide des contractions de la matrice.

Mais il est très-rare que dans une opération semblable l'accouchement puisse se faire spontanément; ce ne serait même pas sans danger qu'on voudrait en abandonner la terminaison aux seuls efforts de la nature; il est infiniment plus prudent de tout disposer pour que l'accouchement ne se fasse point attendre, et qu'il soit terminé au contraire de la manière la plus prompte pour la mère et pour l'enfant, en agissant comme nous l'avons dit plus haut.

L'accouchement étant terminé, il faut aussitôt faire rapprocher les cuisses de la femme, mettre les pubis divisés en contact et s'occuper du pansement, qui consiste à appliquer des bandelettes agglutinatives pour réunir les parties par première intention, s'il est possible. On soutient le tout par un bandage de corps méthodiquement appliqué et suffisamment serré pour maintenir les parties dans un contact immédiat et dans une sorte d'immobilité.

Quant à la délivrance, elle ne diffère point, dans la symphyséotomie, de ce qui se pratique dans les cas les plus ordinaires d'un accouchement naturel, quand il n'y a pas d'accident. Ainsi, les cuisses étant rapprochées immédiatement après l'opération, on attend que la matrice, revenue sur elle-même et contractée, permette alors qu'on s'occupe de la délivrance, que l'on doit exécuter seulement avec plus de ménagement que dans les circonstances les plus ordinaires, en raison de l'état de souffrance dans lequel doit être la femme opérée.

Elle doit garder le plus parfait repos pendant très-long-temps, et ne chercher à exécuter quelques mouvemens que lorsque les parties divisées sont en pleine cicatrisation.

Tel est, en peu de mots, l'exposé de la symphyséotomie : voici maintenant quelques observations qui découlent de cette opération.

Il est asssez généralement admis parmi les auteurs qui ont écrit sur cette matière, qu'au moment où la section du fibro-cartilage est achevée, il se fait entre les parties divisées un écartement spontané d'une étendue plus ou moins considérable, effet de l'action propre des parties osseuses qui tendent, disent-ils, à s'éloigner d'une manière brusque, lorsqu'elles ne sont plus en contact. C'est une erreur que démontre également les connaissances anatomiques et les

faits de pratique : pour s'en convaincre, il suffit de faire sur un cadavre de femme, dont les cuisses sont simplement écartées, la section de la symphyse des pubis; non-seulement il n'y aura pas d'écartement spontané, mais si on abandonne à lui-même l'instrument qui a servi à faire la section, il reste engagé à travers les parties divisées, effet du resserrement opéré par le fibro-cartilage, dont le gonflement est alors très-sensible.

Si quelquefois il arrive qu'un écartement qu'on a faussement qualifié de spontané, ait lieu au moment de la section du fibro-cartilage, c'est aux tractions exercées par les aides qu'il faut l'attribuer, et non à une action propre des os du bassin, action qui répugne à la raison, et que la connaissance des lois propres aux mouvemens des os du bassin désavoue.

Quand on s'est décidé à pratiquer l'opération de la symphyse, il ne suffit pas d'avoir tout disposé pour son succès, il faut encore avoir apprécié d'avance à quel degré d'écartement les os pubis doivent être portés pour permettre à la tête de passer librement à travers la filière osseuse. Or, on sait qu'un écartement d'un pouce donne à peu près deux lignes d'augmentation dans l'étendue du diamètre sacro-pubien, qu'un écartement de deux pouces donne quatre lignes, etc.; mais d'abord l'écartement ne doit jamais être porté au-delà de deux pouces, et il ne faut pas ignorer qu'à ce degré d'ouverture une partie de l'orbe de la tête s'engage à travers, ce qui produit une augmentation relative du diamètre sacro-pubien (*Voy.* pl. 58, fig. 1.)

Mais une remarque à laquelle on n'a pas donné assez d'attention, c'est que l'augmentation de deux lignes par pouce d'écartement ne les donne pas constamment pour tous les bassins. On ne les obtient réellement que sur ceux qui, quoique viciés de devant en arrière, n'en sont pas moins bien arrondis, bien cintrés en devant. La différence à cet égard est très-grande sur un bassin dont la symphyse est applatie et toute la partie antérieure sur un plan à peu près droit.

Dans le premier cas, en effet, les os en s'écartant se portent toujours de plus en plus en avant, et dans le second, au contraire, ils ne font que s'éloigner à droite et à gauche sans augmenter sensiblement l'étendue du diamètre sacro-pubien. (*Voy.* pl. 60, fig. 1 et 2.)

Dans la pratique de la symphyséotomie la section du fibro-cartilage n'est pas toujours la partie la plus difficile de l'opération. Ce qui embarrasse souvent le praticien, c'est bien plutôt la manière dont il doit terminer l'accouchement; nous allons établir quelques principes généraux à ce sujet.

Lorsqu'après la section du fibro-cartilage inter-pubien, la tête s'engage librement à travers la filière et que tout annonce un accouchement prompt et facile, il faut en favoriser l'heureuse terminaison par tous les moyens possibles, en soutenant l'écartement au degré nécessaire pour laisser passer la tête, et en engageant la femme à soutenir et à faire valoir ses douleurs; mais si l'on prévoyait trop de lenteur dans la terminaison de l'accouchement, soit à cause de la grosseur de la tête, de la faiblesse des contractions de la matrice ou du peu de courage de la mère, il vaudrait mieux se charger soi-même de la terminaison de l'accouchement, en allant chercher les pieds ou bien en appliquant le forceps, si la tête de l'enfant était déjà trop engagée pour qu'on pût espérer de retourner l'enfant.

Lorsqu'on se décide à aller chercher les pieds et à retourner l'enfant, comme on le dit vulgairement, il est bien entendu qu'on ne doit point se borner à vouloir extraire la tête à l'aide de la manœuvre simple; il y aurait de l'imprudence à le tenter, à cause de la difficulté et du danger qu'il y aurait à maintenir les os assez long-temps écartés pour faire descendre la tête dans l'excavation à l'aide des mains seules. Il vaut mieux, dans ce dernier cas, se servir du forceps en l'appliquant aussitôt que la tête est arrivée au détroit. (*Voy.* pl. 59, fig. 2.)

Une chose importante pour le succès de l'opération, et pour que la femme n'en éprouve pas de suites fâcheuses, c'est de surveiller les premiers mouvemens qu'elle doit faire. Il est très-difficile de fixer l'époque juste où elle peut commencer à marcher; cela dépend beaucoup du bon état des parties, de la cicatrisation de la plaie extérieure et de la parfaite consolidation du fibro-cartilage. Dans tous les cas, il vaut mieux que la femme reste un peu plus long-temps dans son lit, plutôt que de l'exposer à éprouver des accidens, en lui permettant de se lever trop tôt.

Lorsqu'enfin on n'a plus rien à redouter, on commence par faire mettre la femme sur ses genoux, en la soutenant sous les épaules. Le lendemain, ou plus tard, on lui fait poser les pieds à terre, sans chercher à la faire marcher et en la soutenant debout sous les aisselles. On pourra juger de cette manière jusqu'à quel point la consolidation des parties s'est faite, et en supposant qu'elle le fût réellement, essayer alors de faire faire quelques pas à la femme. Elle doit commencer par traîner les pieds l'un après l'autre, et ce n'est que lorsqu'elle se sent forte et assurée sur ses jambes, qu'elle peut marcher à la manière ordinaire.

Mais il y a encore loin de la marche de la chambre à celle de la rue. Dans la première, en effet, les mouvemens alternatifs de l'une et de l'autre jambe se font sans aucune secousse; dans la dernière, au contraire, la progression est inégale et on n'est pas toujours maître d'en affaiblir les inconvéniens. On ne permettra donc à la femme opérée de sortir de son appartement et de s'exposer à marcher dans la rue, que lorsqu'elle se sera long-temps exercée à marcher dans sa chambre, quoiqu'il soit très-difficile cependant, quelques précautions que l'on prenne, d'éviter un peu de claudication et même une incontinence d'urine, qui sont d'ailleurs de faibles accidens pour une opération aussi considérable.

De l'hystérotomie ou opération césarienne.

Parmi les moyens employés pour la terminaison contre nature des accouchemens, l'opération césarienne, dont nous allons traiter ici, tient une place à part. Nous ne parlons pas précisément du danger attaché à son exécution, l'opération de la symphyse pouvant en présenter d'aussi graves quelquefois, nous voulons faire entendre seulement que, comme mode de terminaison, l'opération césarienne n'a, avec les autres ressources de l'art, aucune espèce d'analogie, puisqu'on ne doit la mettre en usage que dans le cas où toute issue par la filière osseuse est interdite à l'enfant.

Comme toutes les opérations qui peuvent être accompagnées de grands accidens, comme tous les moyens extrêmes, l'opération césarienne a éprouvé de grandes vicissitudes. Tour à tour employée sans mesure, abandonnée ensuite, proscrite même à cause de ses dangers, elle est aujourd'hui considérée comme elle aurait toujours dû l'être, c'est-à-dire comme un moyen violent, comme une opération très dangereuse sans doute, mais comme dernière et unique ressource qui reste à l'art pour sauver la mère et l'enfant d'une mort certaine. Employée avec discernement, et lorsque la femme peut encore en supporter les chances redoutables, elle peut être couronnée d'un grand succès, et devenir alors le triomphe le plus éclatant que l'art puisse remporter sur la nature impuissante.

Cette opération ne doit être pratiquée que lorsque le bassin a moins de deux pouces et demi de devant en arrière, dimension très rare d'ailleurs, et qui doit rassurer les personnes effrayées des dangers attachés à son exécution; mais puisqu'il est avéré que, dans le cas d'opération césarienne, l'enfant ne peut être extrait par la filière du bassin, il faut bien lui pratiquer une autre voie. Trois procédés se présentent pour arriver à ce but : le procédé des anciens, celui de Beaudeloque, et celui de Lauvergeat.

De ces trois procédés, le premier est le plus généralement employé, et cependant ce n'est pas celui qui présente le moins d'inconvéniens; nous les ferons connaître plus bas; occupons-nous d'abord d'en décrire le manuel.

La femme étant placée sur le bord de son lit, et légèrement inclinée vers le côté opposé à l'opérateur, celui-ci, armé d'un bistouri ordinaire, mais à manche solide, fait dans la direction du muscle droit (costo-pubien), et à un pouce de son bord externe, une incision longitudinale de sept à huit travers de doigt d'étendue, de manière que l'angle inférieur de la plaie se trouve à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de la région pubienne. Cette précaution est nécessaire pour que l'instrument, dans sa marche, ne tombe pas sur la partie membraneuse des muscles du bas-ventre.

Il pourrait arriver qu'immédiatement après l'incision des tégumens, des portions d'intestins se présentassent à travers la plaie extérieure, et cherchassent à s'échapper au dehors; il faudrait à l'instant même les repousser avec beaucoup de précaution, leur lésion pouvant entraîner les inconvéniens les plus graves. C'est pour éviter un pareil accident qu'on a conseillé de faire glisser un bistouri boutonné, soit dans un sens, soit dans un autre, en soulevant les tégumens avec l'instrument, dont le tranchant se trouve alors dirigé de dedans en dehors.

L'incision des tégumens faite, et ses bords légèrement écartés, on doit apercevoir le corps même de la matrice, que l'on reconnaîtra à sa forme globuleuse, à son aspect luisant, ainsi qu'à sa rénitence; il faut pénétrer aussitôt dans son intérieur par une incision pratiquée de haut en bas dans la direction de celle des tégumens, et d'une étendue de quatre travers de doigt, suffisante par conséquent pour pouvoir extraire l'enfant. Cette incision doit être faite de manière que son angle inférieur se trouve au milieu ou à peu

près de l'incision des tégumens. (*Voy*. pl. LXI, fig. 4.) Immédiatement après, l'opérateur, plongeant l'une des deux mains dans l'intérieur de la matrice, va chercher les pieds de l'enfant, qu'il saisit pour entraîner celui-ci au dehors , en y mettant autant de célérité que de prudence. (*Voy*. pl. LXII.)

Quoique l'enfant soit extrait à travers des parties molles qui n'opposent que peu de résistance à sa sortie, et qu'il ne soit pas rigoureusement nécessaire de l'amener au dehors d'une manière aussi méthodique et avec les mêmes ménagemens que lorsqu'on l'entraîne par la filière osseuse, on doit cependant user de beaucoup de précaution pour son extraction ; car on ne doit pas perdre de vue que c'est surtout pour conserver la vie de l'enfant qu'on se décide à mettre en usage une opération aussi grave, et qu'il est toujours , quelques soins que l'on prenne, dans un état de débilité à faire craindre pour ses jours.

Après l'extraction de l'enfant, ce qu'il y a de plus important pour le succès de l'opération, c'est la délivrance, qui peut être effectuée de deux manières, ou par la plaie de la matrice, ou par les voies naturelles. Le premier mode ne demande aucun précepte pour ainsi dire; il suffit en effet d'extraire le placenta par la plaie extérieure, à l'aide du cordon, et de l'amener au dehors sans autre précaution que celle qu'exige son passage à travers la plaie de la matrice. Mais pour obtenir un pareil avantage, il faut nécessairement que le placenta soit complètement détaché après la sortie de l'enfant; car si pour l'entraîner, il fallait faire les plus petites tractions, il vaudrait infiniment mieux le laisser dans l'intérieur de cet organe, et attendre que ses contractions l'entraînassent vers le col, pour l'extraire par cette voie. Ce dernier procédé présente un très grand avantage, qui est de favoriser l'écoulement des fluides vers le vagin, et de les détourner ainsi de la plaie de la matrice, à travers laquelle il est toujours fort dangereux de les laisser passer.

Mais il est rare que le cordon ombilical, reporté dans la matrice après la sortie de l'enfant, puisse s'engager à travers le col, et comme dans ce cas il faudrait attendre que la masse entière du placenta y fût arrivée pour l'amener au dehors, on a conseillé, immédiatement après la sortie de l'enfant et la section du cordon, d'engager son extrémité coupée dans le tube d'une longue sonde de gomme élastique, dont on dirige l'extrémité opposée par la plaie utérine vers l'ouverture intérieure du col : de cette manière le cordon est ramené par le vagin hors des parties extérieures de la génération, à travers lesquelles on peut alors extraire le placenta.

Quelque ingénieux que fût ce mécanisme, il laissait quelque chose à désirer, c'est que le cordon n'étant point fixé dans le tube de la sonde, il pouvait facilement s'échapper et rendre infructueuse cette partie de l'opération. Pour prévenir cet inconvénient, nous avons imaginé d'adapter à l'extrémité de la sonde qui reçoit le bout du cordon , un anneau mobile, à l'aide duquel on peut serrer à volonté l'extrémité de la sonde, et fixer ainsi d'une manière immuable la portion du cordon qui s'y trouve engagée. (*Voyez* pl. LXIII.)

Nous ne devons pas passer sous silence une circonstance fort grave qui pourrait avoir lieu au moment de la division de l'utérus. En supposant en effet que le placenta se trouvât implanté à la partie interne de la matrice, correspondante au lieu de l'incision de cet organe, on serait nécessairement forcé de le diviser dans une très grande partie de son étendue, ce qui pourrait occasioner une hémorrhagie d'autant plus dangereuse, que la plus grande partie du fluide tomberait dans la propre cavité de l'utérus, et qu'une portion non moins considérable pourrait s'épancher dans le ventre.

Quelle que soit d'ailleurs la gravité de l'accident, il n'en serait pas moins nécessaire de s'occuper le plus promptement possible de la délivrance, et d'extraire à l'instant même les portions divisées du placenta par la plaie de l'utérus. Ce serait le seul moyen d'arrêter la

violence de l'hémorrhagie, et de prévenir le danger qui pourrait résulter pour la mère du séjour plus ou moins prolongé des portions du placenta dans la matrice.

Lorsque la délivrance est heureusement terminée, il faut à l'instant même replacer la femme dans son lit, dans une position un peu fléchie, et lui recommander le plus parfait repos.

Quelques praticiens ont proposé d'appliquer des sutures aux bords de la plaie des tégumens, pour les maintenir rapprochés et en favoriser la cicatrisation; mais de simples bandelettes agglutinatives ont paru préférables, et nous sommes de cet avis. Quelques compresses mollement placées sur la plaie, et un bandage de corps très peu serré, composent tout l'appareil. En effet, si l'opération doit avoir du succès, la matrice en revenant sur elle-même fait bientôt disparaître la trace de l'incision qui a été pratiquée pour extraire l'enfant, et la cicatrisation de la plaie extérieure n'éprouvant aucun obstacle pour se consolider, la femme peut être parfaitement guérie au bout de quelques jours.

Tel est le procédé des anciens dans l'opération qui nous occupe, procédé assez généralement employé, même par les modernes, mais dont les graves inconvéniens ont dû engager les praticiens à lui en substituer d'autres. On ne peut ignorer en effet que dans le procédé des anciens, les muscles de l'abdomen sont divisés dans des directions différentes, et que le muscle transverse (lombo-abdominal) en particulier ne le soit en travers, ce qui peut nuire à la facilité de la cicatrisation de la plaie extérieure. De plus, on n'est pas toujours dans la possibilité, dans le procédé des anciens, d'éviter l'artère épigastrique ou quelques-unes de ses grandes divisions, de même que l'artère utérine et les annexes de la matrice. Le placenta lui-même, qui se trouve souvent implanté sur les parties latérales de cet organe, peut être également intéressé dans une étendue plus ou moins considérable de sa masse, et par là donner lieu à une hémorrhagie des plus alarmantes. Enfin, le lieu même sur lequel on opère peut n'avoir pas toujours l'étendue suffisante, en raison de la difformité quelquefois très prononcée de la personne soumise à l'opération. Tels sont les inconvéniens, nous dirons même les accidens, qui peuvent accompagner l'opération césarienne dans le procédé des anciens, qui lui ont fait préférer d'inciser l'abdomen le long de la ligne blanche. Ce mode d'opérer porte généralement le nom de procédé de Beaudeloque.

Procédé de Beaudeloque.

L'incision des muscles du bas-ventre, dans l'opération césarienne, a toujours été considérée par les praticiens comme une circonstance grave. Des inflammations violentes, une cicatrisation interminable, la crainte à chaque instant renouvelée de voir des portions d'intestins s'échapper au dehors, en sont en effet des suites très ordinaires. Ce sont surtout ces dernières raisons qui engagèrent Beaudeloque à proposer de faire l'incision abdominale le long de la ligne blanche. Dans ce procédé, en effet, la partie charnue des muscles du bas-ventre n'est point intéressée; on évite également, par ce dernier procédé, tous les autres inconvéniens que nous avons signalés plus haut; mais, d'une autre part, il présente aussi des désavantages assez remarquables, que nous ferons connaître plus bas, après en avoir décrit le manuel.

Dans ce procédé, on incise les parois abdominales le long de la ligne blanche, dans une étendue semblable à celle de l'incision sur le côté. Cette incision commence à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic qu'il faut respecter, en passant à côté, et on la termine à trois travers de doigt au-dessus des pubis. De cette manière la presque totalité de la ligne blanche se trouve divisée, et permet qu'on puisse apercevoir le globe utérin, sur lequel on pratique une incision parfaitement conforme à celle dont il a été question dans le

procédé des anciens. Les autres particularités de l'opération sont en tout semblables à ce que nous en avons dit plus haut, et nous ne les répèterons pas.

Ce procédé, tel que nous venons de le décrire, est plus simple sans doute que le précédent, puisqu'on évite tous les inconvéniens que nous avons signalés dans le procédé des anciens; mais il en présente aussi quelques-uns que nous devons faire connaître, tels que la longueur et l'extrême difficulté de la cicatrisation, ce qui expose les femmes à des hernies d'autant plus difficiles à faire disparaître, et même à maintenir, que les parois abdominales n'opposent aucune résistance à leur formation : d'une autre part, si les femmes déjà opérées deviennent encore enceintes, elles sont exposées à de nouvelles hernies dont le volume peut être porté à un degré extrême, ainsi qu'à tous les accidens provoqués par la présence de ces dernières.

Il nous reste à dire un mot du procédé de Lauvergeat, qui présente, comme le précédent, des avantages mêlés d'inconvéniens, mais qui en diffère beaucoup sous le rapport du lieu et de la direction de l'incision extérieure.

Procédé de Lauvergeat.

Cet habile praticien, frappé des graves inconvéniens qu'entraînait la division perpendiculaire des fibres du muscle transverse (lombo-abdominal), et de la difficulté qui en résultait pour la cicatrisation de la plaie extérieure à la suite de l'opération césarienne par le procédé des anciens, imagina de faire l'incision des muscles du bas-ventre en travers, au lieu de la pratiquer en long. Dans cette manière d'opérer, en effet, les fibres du muscle transverse sont à peine intéressées; on les écarte plutôt qu'on ne les coupe; et il est certain que si l'opération est couronnée de succès, la cicatrisation de la plaie extérieure, favorisée par la position fléchie de la malade, se fait avec la plus grande facilité.

Mais ce procédé, d'une autre part, présente de si grands désavantages, qu'il a été à peu près abandonné par les praticiens, qui lui préfèrent généralement l'un ou l'autre des deux procédés précédens. Il présente en effet cela de remarquable, que c'est précisément quand l'opération faite à l'aide de ce procédé doit être couronnée de succès qu'il faudrait peut-être le rejeter; car c'est alors que l'incision de la matrice se trouvant subitement ramenée au-dessous de celle des tégumens, par suite du prompt retour de cet organe sur lui-même, il est évident qu'une partie des lochies doit incontestablement s'épancher dans le ventre, et y devenir la cause des accidens les plus graves. (*Voy.* pl. LXIV.)

Il résulte de ces diverses considérations, que des trois manières de pratiquer l'hystérotomie, c'est le procédé des anciens qui présente le plus d'inconvéniens, quoiqu'il soit peut-être le plus facile à pratiquer, et qu'il offre aussi le grand avantage de permettre une issue facile aux lochies qui s'échappent quelquefois par la plaie de la matrice; que le procédé de Beaudeloque semble mériter la préférence sur les deux autres, quoique le seul qui soit accompagné de suites aussi fâcheuses : nous voulons parler du défaut de cicatrisation et de la formation inévitable des hernies. Quant au procédé de Lauvergeat, ses avantages ne sont point assez compensés par les inconvéniens dont il est trop souvent accompagné, et nous pensons qu'on doit à peu près le bannir de la pratique.

M. Beaudeloque neveu a proposé dans ces derniers temps un nouveau procédé qui mérite de fixer l'attention des praticiens. L'espace nous manque pour le faire connaître. (*Voy.* le Bulletin de la Société médicale d'émulation, année 1823.)

Des Opérations qui se pratiquent sur l'enfant mort.

Avant de passer à l'exposition des différentes opérations que l'on pratique sur l'enfant mort, nous croyons devoir faire connaître les signes à l'aide desquels on peut constater qu'il n'existe plus. Sa mort peut dater déjà de quelques jours, ou bien n'avoir lieu qu'au moment même du travail. Dans le premier cas, l'enfant est assez ordinairement dans un état de dépérissement ou même de décomposition plus ou moins avancée, selon la nature des causes qui ont provoqué sa mort. Dans le second cas, au contraire, il est toujours intact, d'une force et d'une grosseur d'un enfant à terme. Les causes de sa mort, dans le premier cas, sont très variées, et on ne peut pas toujours en déterminer la nature particulière. Il n'en est pas de même du second cas, dans lequel la longueur du travail, la force et l'énergie des contractions de la matrice peuvent être considérées comme les seules et véritables causes de la mort de l'enfant.

Voici ce qu'on observe le plus ordinairement dans le premier cas : la femme, qui jusque là avait senti très distinctement les mouvemens de son enfant, s'aperçoit qu'ils s'affaiblissent toujours de plus en plus, et qu'enfin ils ne se manifestent plus. Le ventre alors devient lourd, affaissé et comme onduleux ; la femme sent une pesanteur incommode et comme une espèce de boule qui roule dans son ventre, et qui se précipite toujours du côté vers lequel elle s'incline. Les mamelles s'affaissent et se flétrissent ; la tête devient embarrassée ; les yeux sont ternes et mourans, assez souvent entourés d'un cercle bleuâtre ; le nez s'effile, les lèvres se décolorent, et une pâleur générale se répand sur toute la figure ; la bouche devient pâteuse et amère ; l'appétit se perd et les digestions se pervertissent ; les urines sont troubles et bourbeuses ; un dévoiement colliquatif se manifeste assez fréquemment ; la femme paraît triste et rêveuse, et le sommeil est souvent interrompu par des rêves fatigans ; quelquefois un ictère plus ou moins prononcé se fait remarquer sur quelques parties isolées de son extérieur.

Enfin, dans une pareille circonstance, on voit très souvent les membranes se rompre sans que la femme s'en aperçoive, et le cordon flétri, mou, sans pulsations, s'échapper alors, soit dans le vagin, soit à travers les parties extérieures de la génération, accompagné de la sortie d'une quantité plus ou moins considérable d'eaux, tantôt claires, tantôt bourbeuses, jaunâtres, etc. Si on touche la femme dans ce moment, on sent la tête molle, flexible, et les os du crâne chevauchant facilement les uns sur les autres.

Lorsque la mort de l'enfant n'a lieu que pendant le cours du travail, il est plus difficile de le constater, parce qu'alors la cessation de la vie ne se fait pas subitement, mais d'une manière lente au contraire, au point qu'il y a déjà long-temps que l'enfant est mort, que la femme croit encore sentir ses mouvemens. Mais pour l'accoucheur, l'enfant est mort, lorsque, dans le cours d'un travail très énergique, les douleurs, au lieu d'augmenter en intensité, s'affaiblissent au contraire ; que la femme perd ses forces et se décourage ; que le ventre s'affaisse visiblement ; que le cuir chevelu de l'enfant, qui était dur, tuméfié, très résistant, devient flasque et mollasse, et glisse sur les surfaces osseuses comme s'il en était détaché.

Tels sont les divers signes à l'aide desquels on peut reconnaître que l'enfant est mort, soit pendant le travail, soit long-temps avant son invasion. Voyons maintenant quelles sont les opérations que l'on doit pratiquer pour l'extraire, dans l'un et l'autre cas.

I. Lorsque la tête se présente et que, de tous les moyens ordinaires mis en usage pour l'entraîner dans l'excavation, aucun n'a pu y parvenir, soit à cause de son volume, soit à cause de l'étroitesse du bassin, il faut se décider à ouvrir le crâne et à vider la plus grande

partie de la masse cérébrale. Cette opération porte le nom d'*encéphalotomie*. Voici la manière d'y procéder : La femme placée convenablement, on introduit un perce-crâne quelconque, à l'aide duquel on divise une partie du cuir chevelu, dans la direction d'une suture ou sur le lieu même d'une des fontanelles. Cette première incision faite, on retire l'instrument et l'on porte à sa place les ciseaux de Smellie, que l'on introduit profondément dans le crâne de l'enfant. En les écartant alors et en les promenant en tous sens, on agrandit l'ouverture, à travers laquelle s'échappe la plus grande partie de la masse cérébrale. (*Voy.* pl. 65, fig. 1 et 2.)

Quoique la tête, ainsi diminuée par la sortie du cerveau, pût s'engager facilement à travers la filière osseuse, il est rare que, dans ce cas, on laisse à la matrice le soin de se débarrasser du produit de la conception ; les inconvéniens qui pourraient en résulter ne permettent pas d'abandonner l'accouchement aux seuls efforts de la nature, et il est plus prudent, au contraire, de n'en confier la terminaison qu'aux moyens de l'art.

Nous ne conseillerions cependant pas, dans cette circonstance, de se servir du forceps ordinaire pour extraire l'enfant ; car la tête ayant nécessairement perdu de sa grosseur et de sa résistance, l'instrument pourrait, en s'échappant brusquement, offenser, déchirer même plus ou moins profondément les parties de la mère.

Parmi les moyens indiqués en pareil cas, on pourrait d'abord se servir d'un tire-tête quelconque, à l'aide duquel on réussirait peut-être à entraîner la tête. (*Voy.* pl. 66, fig. 1.) Mais ne serait-il pas à craindre que, dans une pareille manœuvre, les os du crâne de l'enfant, déjà en partie brisés, en cédant trop facilement à l'action du tire-tête, ne rendissent infructueuses les tentatives de l'opérateur ; c'est pourquoi quelques praticiens conseillent d'appliquer de préférence un crochet aigu, que l'on porte d'abord assez profondément dans l'intérieur de la matrice, et qu'en le retirant ensuite, on applique sur la tête de l'enfant, dans laquelle on tâche de l'introduire, afin de la fixer et de pouvoir ensuite entraîner l'enfant au dehors.

Quelque avantageux cependant que soit ce procédé, on ne peut se dissimuler ses dangers ; il est fort à craindre en effet que dans les tractions quelquefois très violentes que l'on est obligé de faire pour entraîner l'enfant, le crochet ne mette en lambeaux la partie de la tête sur laquelle il est appliqué, et que dans sa sortie brusque et inattendue il ne déchire profondément les parties de la mère.

Le forceps-crochet, imité de Smellie, et auquel nous avons fait subir plusieurs corrections importantes, nous paraît préférable sous tous les rapports. Son application se fait comme celle d'un forceps ordinaire ; on peut avec cet instrument exercer sur la tête de l'enfant les tractions les plus violentes, et l'on ne craint point qu'il puisse l'abandonner ; en supposant même que cet accident arrivât, les parties de la mère ne courraient aucuns risques, car les crochets étant placés en dedans des cuillers, ne peuvent en aucune manière ni les déchirer ni même les contondre. (*Voy.* pl. 66, fig. 2.)

II. Lorsque la mort de l'enfant a été occasionée par quelques-unes des causes d'affaiblissement dont nous avons fait mention plus haut, et qu'il y a chez lui un commencement de décomposition, on observe qu'il se fait ordinairement un épanchement plus ou moins abondant, soit dans la tête, soit dans la cavité abdominale, qui acquièrent alors un volume très considérable quand, par une sorte de contraste, toutes les autres parties du même individu sont au contraire très grêles et comme dans une sorte de dépérissement.

Il est aussi d'observation que ces parties, que leur poids entraîne vers l'ouverture pelvienne, sont aussi celles que l'on retrouve le plus ordinairement vers le détroit supérieur, qu'elles ne peuvent franchir à cause de leur volume excessif. L'indication, dans l'un et l'autre cas, n'est point embarrassante ; on peut même avancer que ces sortes d'ac-

couchemens sont extrêmement faciles, aussitôt que l'obstacle qui s'opposait à leur terminaison a été enlevé; il suffit pour cela de donner issue au fluide épanché, par une ouverture pratiquée à l'aide d'un instrument piquant quelconque.

Ainsi lorsque le ventre se présente, et après en avoir constaté la présence, on plonge, avec les précautions convenables, un trois-quarts à travers. (*Voy.* pl. 67, fig. 1.) Le liquide épanché s'écoule à l'instant même, et les parties s'affaissent complètement: on peut alors aller chercher les pieds et terminer l'accouchement sans difficulté.

Mais si l'enfant était hydrocéphale, et que la grosseur de la tête fût telle qu'elle dépassât de beaucoup l'ouverture pelvienne, à travers laquelle il faut cependant qu'elle s'échappe, il ne faudrait point hésiter à donner issue au liquide épanché, soit à l'aide d'un trois-quarts plongé à travers le tissu des parties, soit avec l'un des perce-crânes dont il a été fait mention plus haut. L'opération, dans ce cas, ne présente aucune difficulté; il suffit de porter la pointe de l'instrument dont on a fait choix à travers l'intervalle très agrandi d'une suture quelconque, et de pénétrer ainsi profondément dans le crâne de l'enfant, pour en voir à l'instant même sortir une grande quantité de fluide. Le crâne s'affaisse aussitôt, et l'accouchement ne tarde pas à se terminer.

Il faudrait se comporter de la même manière, en supposant qu'on eût été obligé d'aller chercher les pieds, et que la tête, arrêtée au détroit supérieur, fît éprouver des obstacles invincibles pour sa sortie. Il n'est peut-être pas aussi facile, dans ce dernier cas, de placer l'extrémité de son instrument juste dans l'intervalle d'une suture; mais le peu de résistance des os du crâne fait disparaître toute inquiétude à cet égard, et on peut être à peu près certain qu'on finira toujours par pénétrer dans l'intérieur du crâne, et qu'on obtiendra l'évacuation du fluide qui s'y trouve accumulé. (*Voy.* pl. 67, fig. 2.)

III. Il pourrait arriver que des personnes imprudentes, en tirant avec une violence extrême sur les pieds de l'enfant, pour l'amener au dehors, parvinssent à séparer le tronc de la tête et laissassent cette dernière dans l'intérieur de la matrice. Le cas est grave, tant par l'effroi qu'il jette parmi les assistans, que par la difficulté de saisir la tête et d'en faire l'extraction, après sa séparation du tronc.

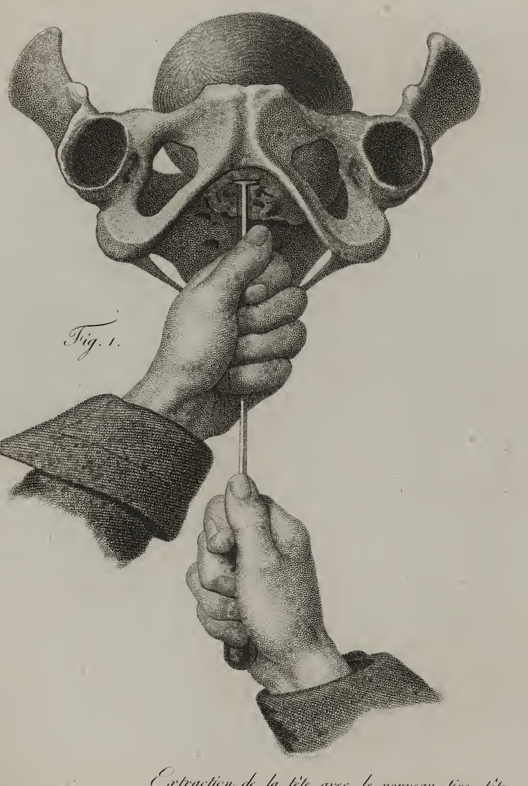
Si la tête ainsi séparée restait mobile dans l'intérieur de la matrice, il ne serait pas toujours prudent de vouloir à l'instant même mettre en usage tous les moyens possibles pour en débarrasser la matrice. Souvent l'action seule de cette dernière, en la plaçant favorablement à travers le détroit, parvient à l'expulser heureusement hors des parties extérieures de la génération. Mais une pareille terminaison est extrêmement rare, et par cela même que c'est par des tractions très violentes que la tête a été séparée du tronc, il en résulte que cette dernière est le plus ordinairement fixée et même en partie engagée à travers le détroit supérieur, le trou occipital dirigé vers les parties extérieures de la génération. Cette dernière circonstance est heureuse, en cela que, permettant l'introduction facile d'un tire-tête quelconque dans l'intérieur du crâne de l'enfant, elle offre les moyens de l'entraîner dans l'excavation et par suite hors de la vulve; mais tous les tire-têtes, et même celui que nous avons fait dessiner (*Voy.* pl. 68, fig. 1.), ont un grand inconvénient dans leur application, c'est d'entraîner et de faire céder les os du crâne de l'enfant, par la nécessité où l'on est d'exercer des tractions quelquefois très fortes, pour amener la tête; et du moment où cet accident a lieu, il n'est plus possible d'y remédier, il faut renoncer à ce moyen. Nous ne conseillons donc de l'employer que lorsqu'on a à peu près la certitude d'extraire la tête, sans être obligé de faire des efforts trop considérables, ou bien lorsqu'on manque des instrumens nécessaires pour y suppléer.

C'est dans une circonstance semblable, et par les mêmes motifs, que l'on conseille de se servir d'un petit bâton d'un pouce et demi de long, au milieu duquel on attache

une corde assez longue et assez forte pour remplir l'objet qu'on se propose. On introduit dans le crâne, par le trou occipital, l'une des extrémités du petit bâton, jusqu'à ce que la totalité soit parvenue dans le crâne; de lui-même, il se place *de champ;* on fait alors les tractions nécessaires pour entraîner la tête : mais ce moyen, ainsi que le précédent, ne peuvent convenir que lorsque le trou occipital est dirigé convenablement; dans le cas contraire, étant parfaitement inutiles, il faut avoir recours aux crochets.

On peut d'abord se servir d'un simple crochet, que l'on introduit sans autre précaution que celle de l'appliquer sur une partie quelconque de la tête de l'enfant. Mais nous avons déjà signalé les graves inconvéniens de l'application d'un simple crochet, et c'est pour les éviter que nous conseillons de se servir de préférence de notre forceps à double crochet, qui met la mère à l'abri de tout accident, et qui présente des avantages qu'aucun autre ne peut offrir.

La tête saisie convenablement, on l'entraîne sans difficulté, quelle que soit sa résistance. (*Voy.* pl. 68, fig. 2.)



Extraction de la tête avec le nouveau tire-tête.

Fig. 2.

Extraction de la tête avec le forceps-crochet.

A. Chazal del.



Délivrance naturelle.

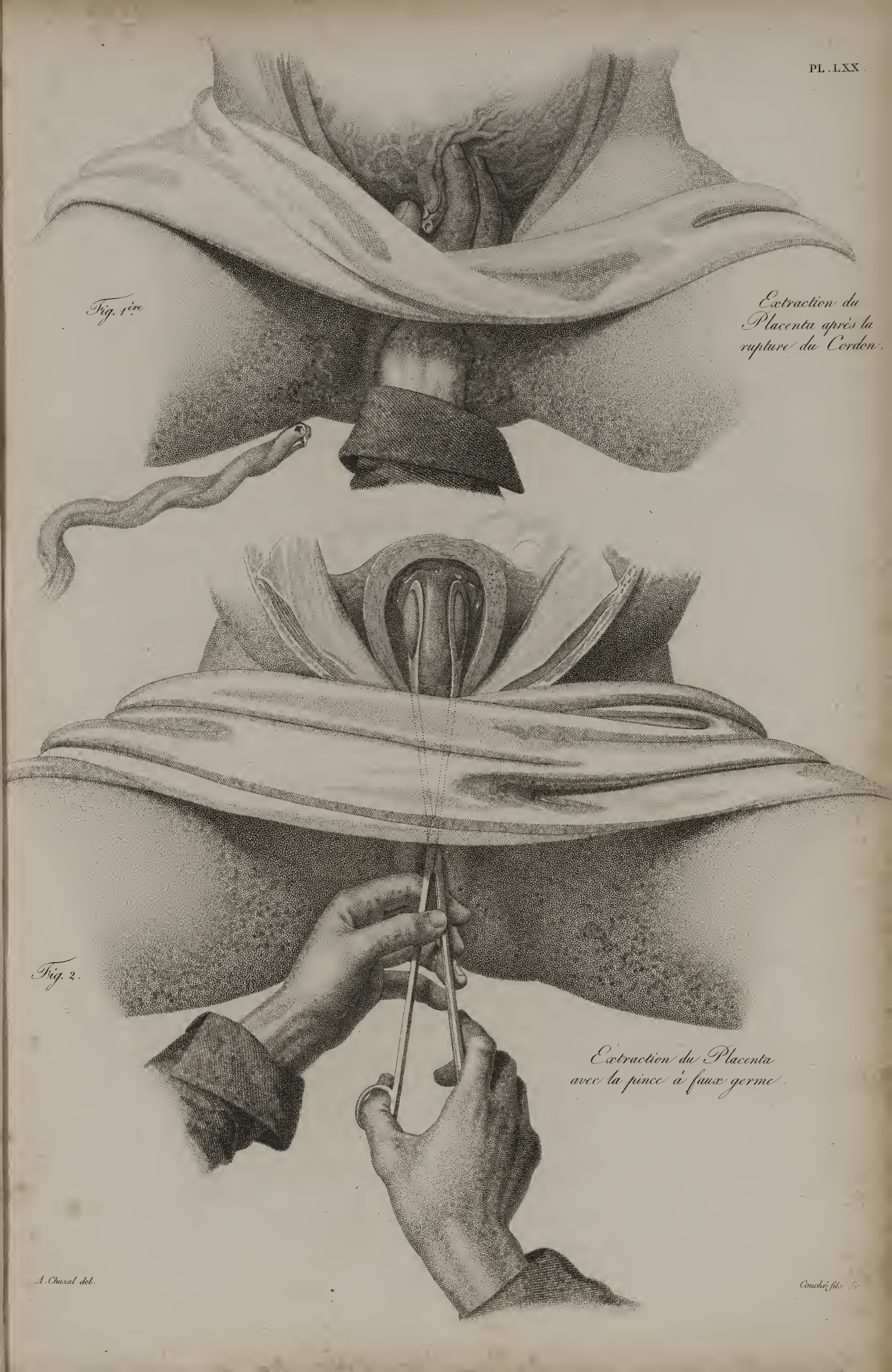
Fig. 1ère

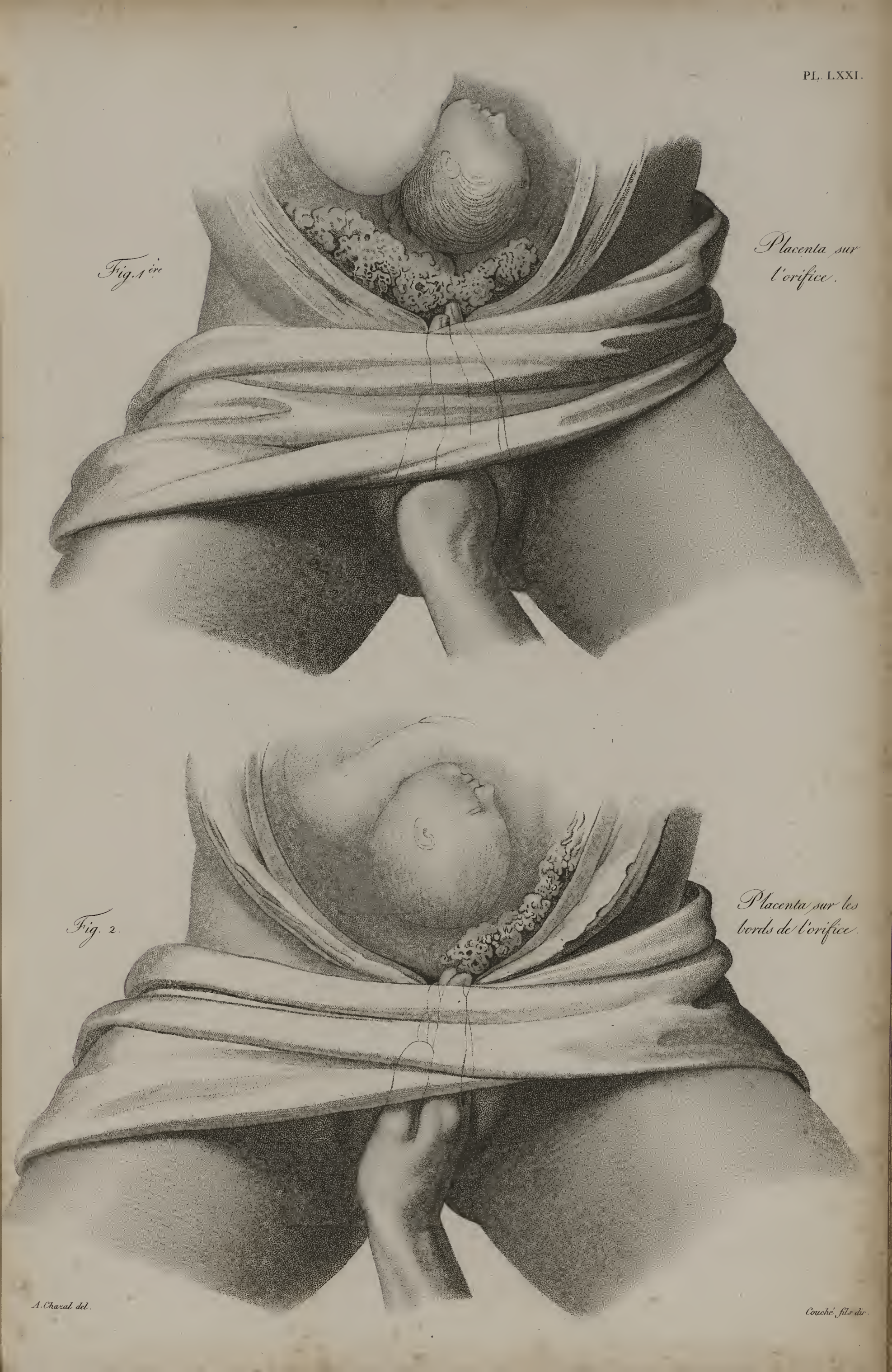
1er temps

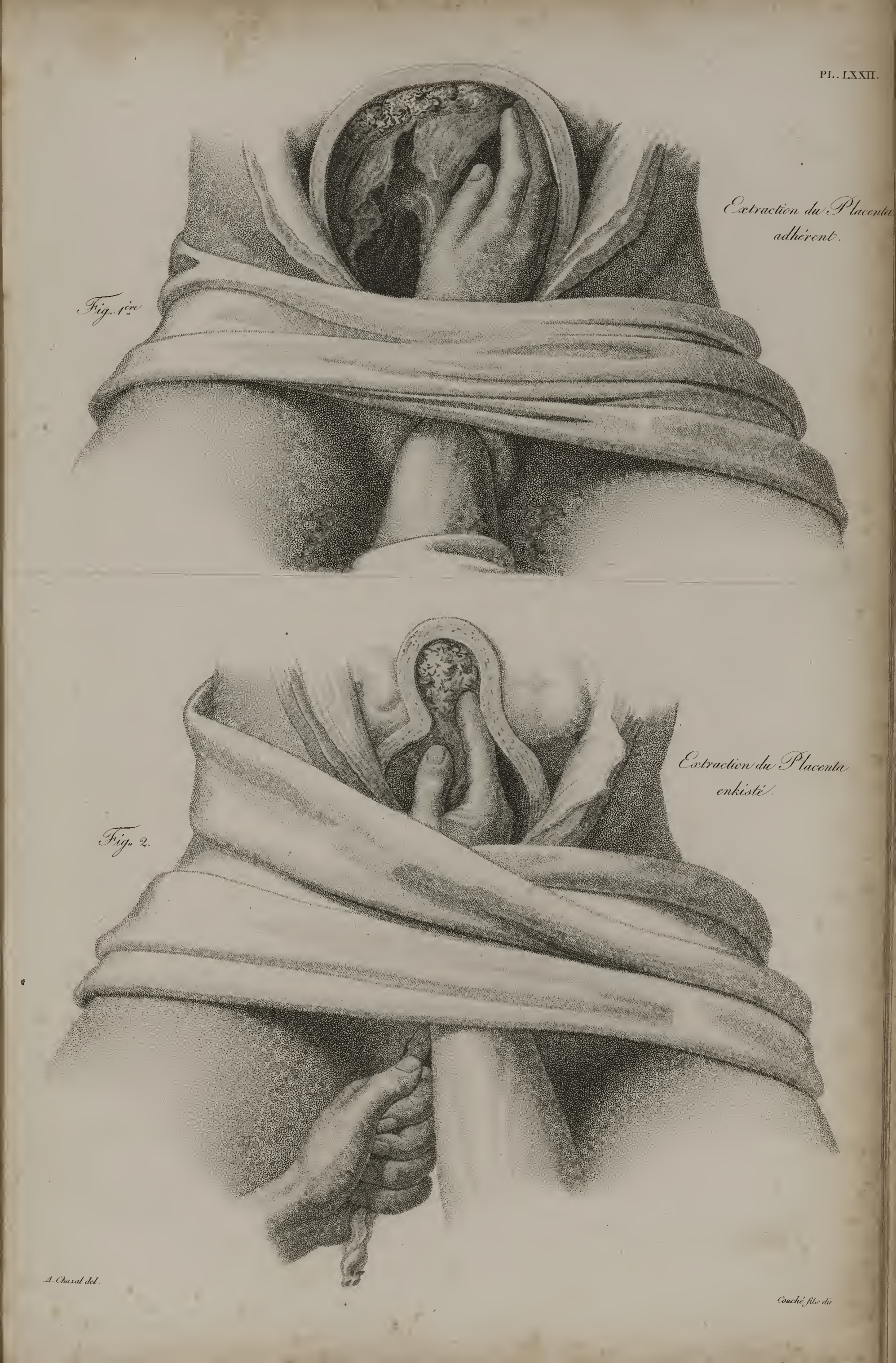
Fig. 2.

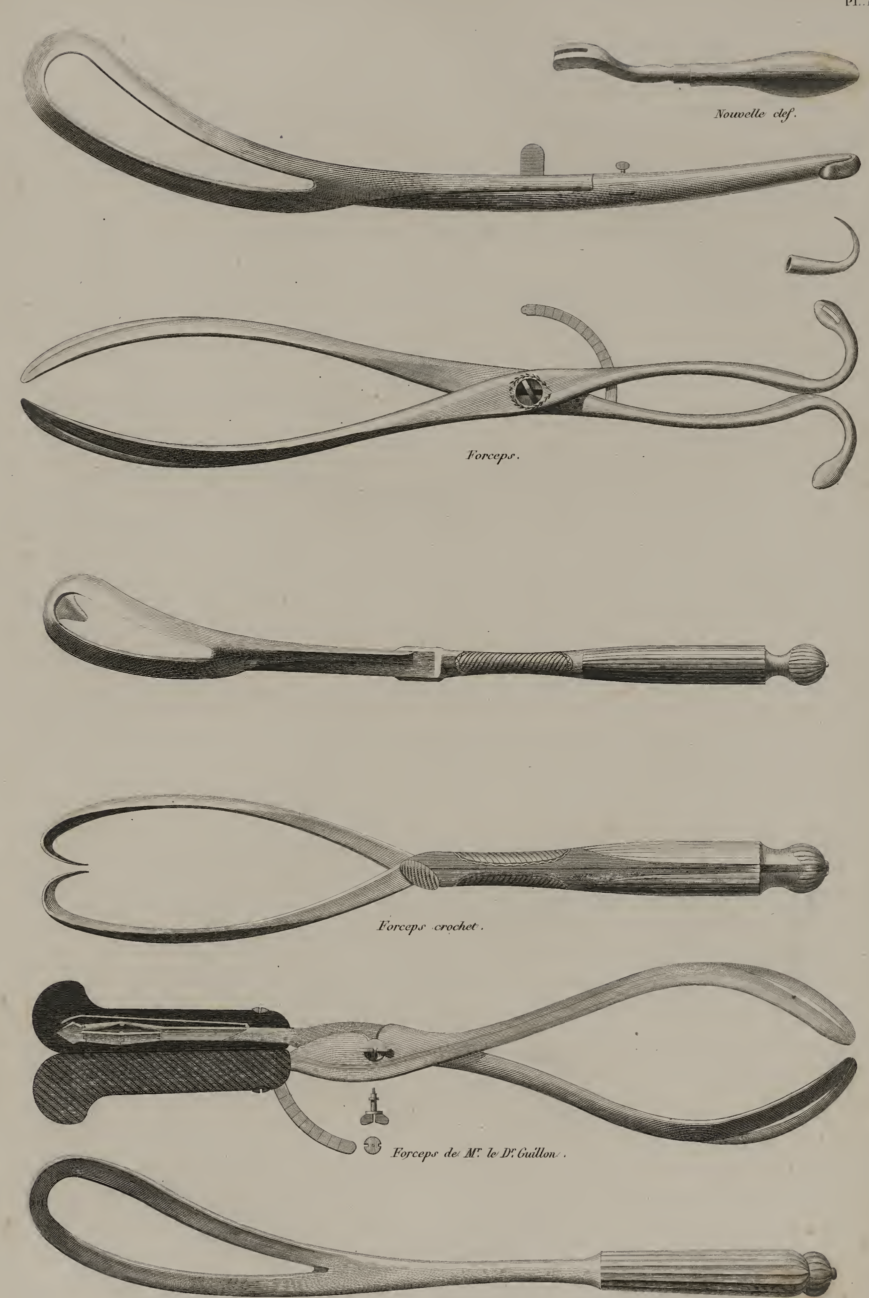
2ème temps.

A. Chazal del. *Couché fils dir.*


Fig. 1ère
Extraction du Placenta après la rupture du Cordon.
Fig. 2.
Extraction du Placenta avec la pince à faux germe.
A. Chazal del.
Couché fils sc.

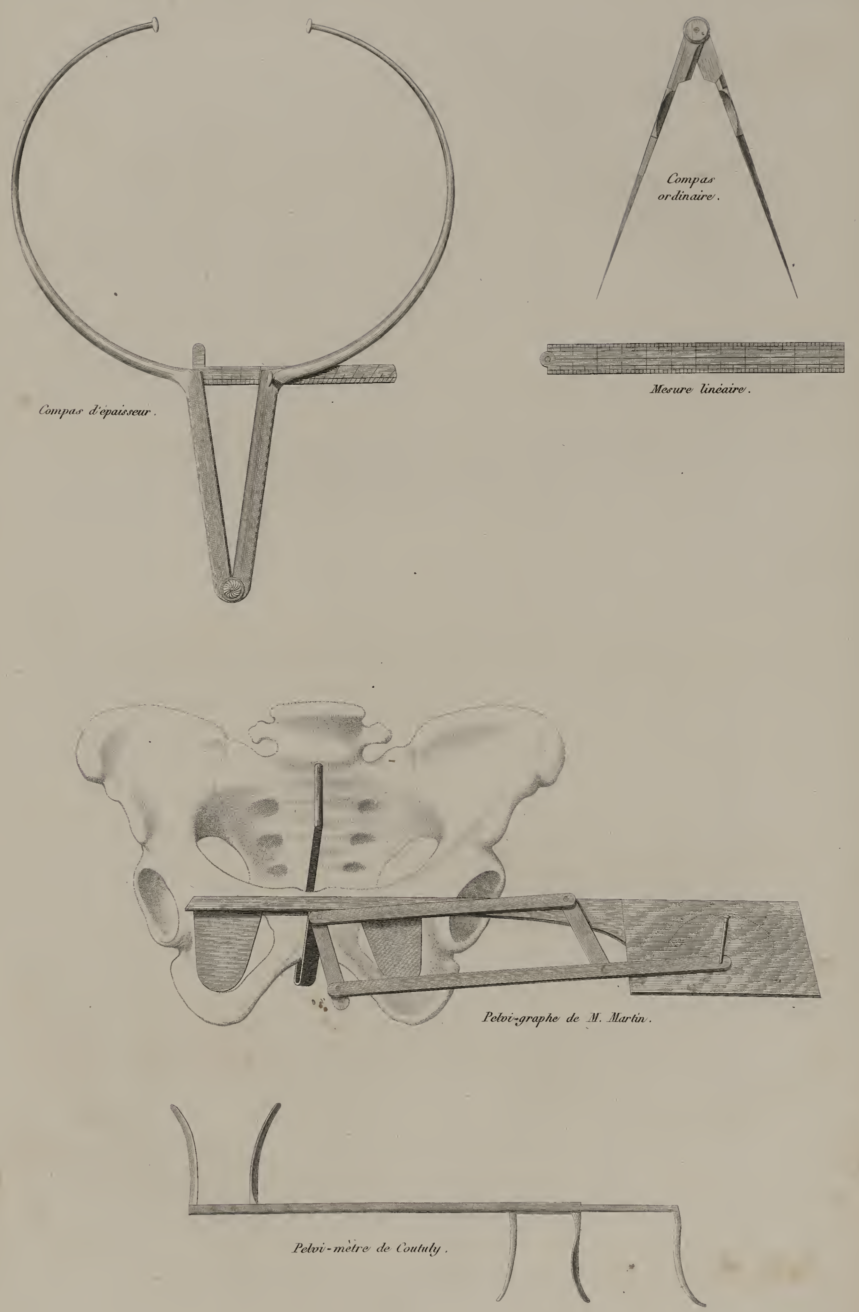

Fig. 1ère
Placenta sur l'orifice.
Fig. 2.
Placenta sur les bords de l'orifice.
A. Chazal del.
Couché fils dir.


Extraction du Placenta adhérent.
Fig. 1.ère
Extraction du Placenta enkisté.
Fig. 2.
A. Chazal del.
Couché fils dir.

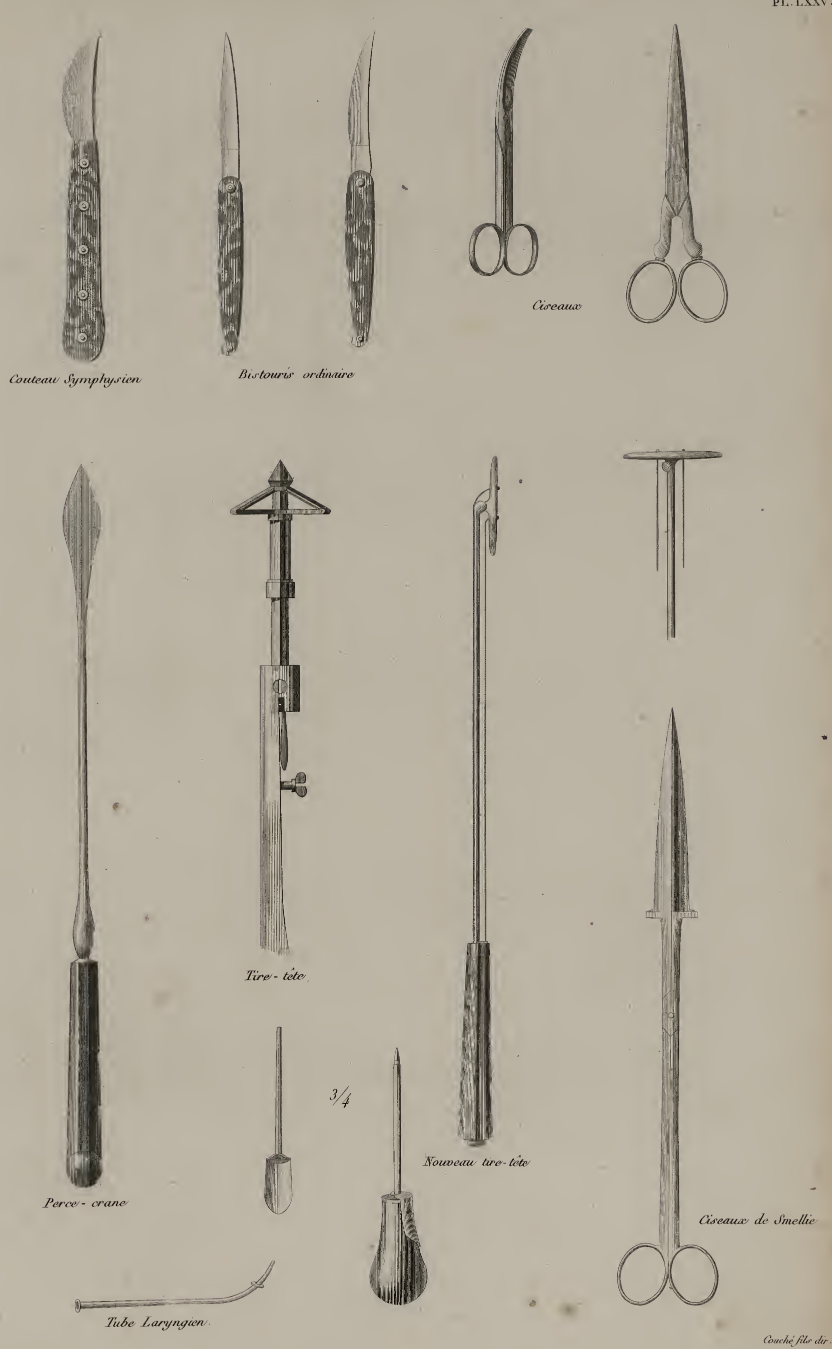


A. Chazal del

Couché fils dir

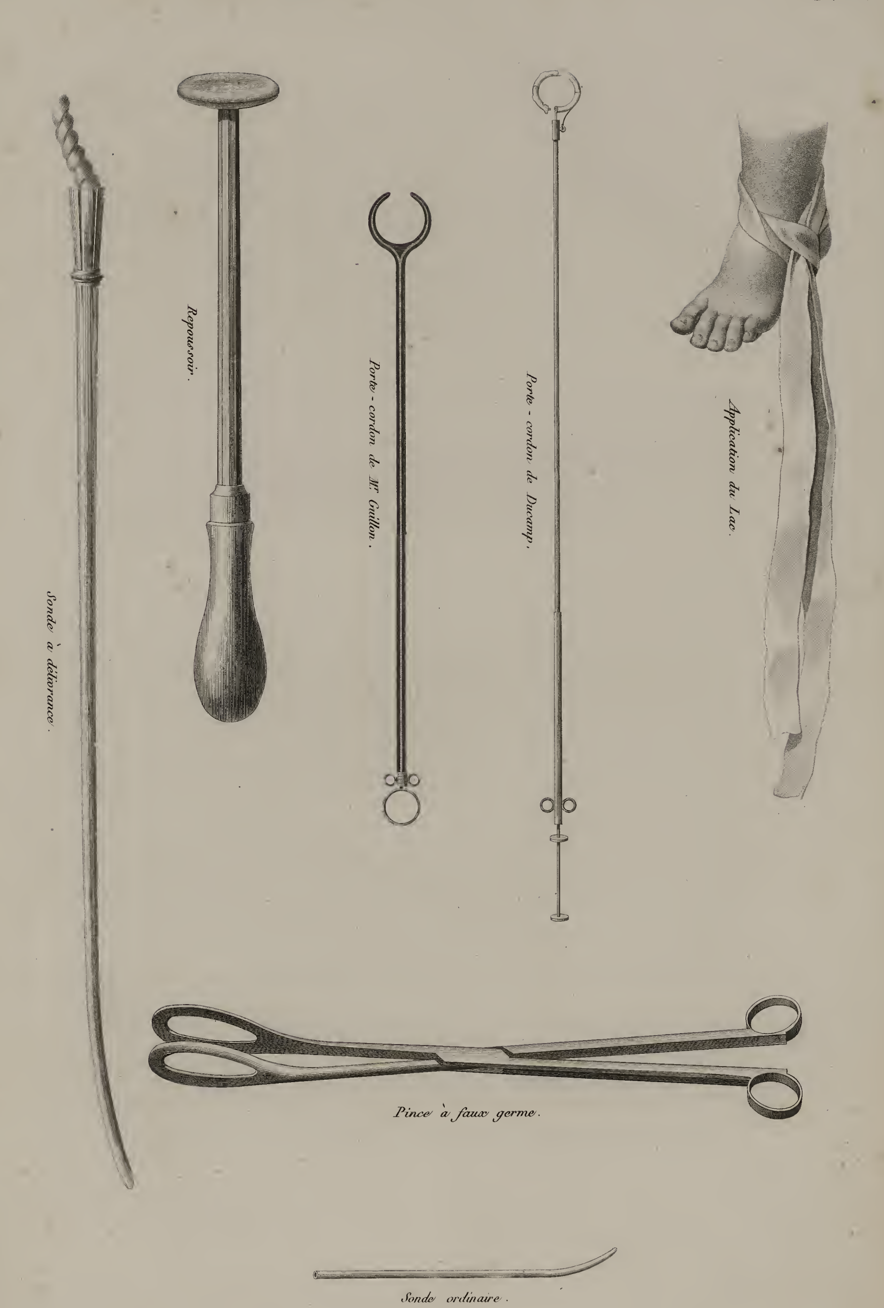


A. Chazal del. Couché fils dir.



A. Chazal del.

Couché fils dir.



A. Chazal del. Couché fils dir.

DE LA DÉLIVRANCE.

On donne le nom de délivrance à cette partie de l'accouchement qui a pour but l'expulsion ou l'extraction du placenta, des membranes et du cordon ombilical.

On divise la délivrance en naturelle et en artificielle.

Délivrance naturelle.

Dans la délivrance naturelle, nous avons à la considérer à terme, avant terme et dans le cas de grossesse composée.

A. *Délivrance naturelle et à terme.* Dans toute délivrance naturelle et à terme, soit simple ou composée, il y a deux temps bien distincts. Le premier est celui pendant lequel la matrice, par ses contractions successives et toujours plus rapprochées, finit par se détacher plus ou moins complètement du placenta, qui se trouve libre alors et comme flottant dans l'intérieur de cet organe, à l'instant même où l'enfant arrive à la lumière. Le second temps est, selon le commun des accoucheurs, la délivrance proprement dite; c'est celui pendant lequel les personnes chargées du soin des femmes *accouchées* s'occupent à extraire le placenta et les membranes hors des parties de la génération, à l'aide de la portion du cordon ombilical amenée au dehors avec l'enfant.

Des deux temps de la délivrance naturelle, le premier a lieu sans notre participation, le second seul réclame notre assistance. Voici comment on doit se comporter.

Aussitôt après la sortie de l'enfant, la femme jouit d'un calme doux et parfait, un peu troublé cependant par la crainte des nouvelles douleurs que peut occasioner la délivrance; cette dernière est en effet assez ordinairement annoncée par des coliques assez vives, qui indiquent que la matrice, en revenant sur elle-même, cherche à se débarrasser du placenta et des membranes.

Pour exciter ces coliques, quand elles ne se manifestent pas, il est bon de faire quelques frictions sur le bas-ventre. Ce moyen simple et facile suffit ordinairement pour réveiller l'action de la matrice, dont on reconnaît la présence, dans ce cas, à la hauteur de la région ombilicale; c'est le moment d'essayer quelques tractions sur le cordon pour entraîner le placenta au dehors.

Pour y parvenir, on entoure le doigt indicateur de la main gauche de quelques circulaires du cordon; pendant que l'indicateur de la main droite, glissant le long du cordon, est introduit jusqu'à l'entrée de la matrice, pour s'assurer de la présence du placenta : tirant alors sur le cordon, tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, on parvient sans peine à entraîner la totalité du placenta dans le vagin et à l'amener au dehors; mais avant de l'extraire entièrement, il est bon de le contourner plusieurs fois sur lui-même, pour tordre par ce moyen les membranes, qui ne sont pas ainsi exposées à se déchirer et par conséquent à laisser dans la matrice des débris plus ou moins considérables, qui pourraient devenir des causes de plusieurs accidens. (*Voy.* pl. LXIX, fig. 1 et 2.)

Il arrive quelquefois que le délivre, par son volume, ne peut sortir et s'arrête à l'orifice: alors, tandis qu'on fait faire, d'une part, des frictions sur la région hypogastrique, et que l'on tire d'une main légèrement sur le cordon, on introduit deux autres doigts de la main opposée jusqu'au placenta, que l'on entraîne en enfonçant, s'il le faut, un doigt dans sa propre substance en forme de crochet.

On se comporterait de la même manière, si, par une circonstance quelconque, on avait

eu le malheur de rompre le cordon ombilical assez près du corps même du placenta. (*Voy*. pl. LXX, fig. 1.)

B. *De la délivrance avant terme*. La délivrance avant terme doit être considérée sous trois points de vue différens : 1° pendant les trois premiers mois de la grossesse ; 2° pendant les trois mois suivans ; 3° pendant une partie des trois derniers mois.

Pendant les trois premiers mois, la délivrance ne peut être soumise qu'à des règles générales. Voici ce qui arrive le plus ordinairement dans les fausses couches de cette époque, relativement à la sortie du délivre. Une même douleur expulse très souvent le produit de la conception et le petit placenta qui l'accompagne : quelquefois cependant le produit est expulsé isolément et le placenta vient ensuite ; mais souvent ce dernier se fait attendre plusieurs jours, un mois et même davantage. Le plus prudent dans ces différentes circonstances est d'attendre tout de la nature, qui finit tôt ou tard par se débarrasser de ce corps étranger.

Dans les trois mois du milieu de la grossesse, la délivrance diffère peu de ce que nous venons d'exposer ; mais, comme dans le courant du cinquième et surtout du sixième mois, le fœtus a acquis un certain volume et le placenta beaucoup de développement, le col est forcé de s'entrouvrir d'une manière assez considérable pour laisser passer l'enfant. Il en résulte que si, dans cette circonstance, le placenta ne suit immédiatement le produit de la conception, on doit, autant que possible, ménager et conserver le petit cordon ombilical qui tient encore au placenta, pour s'en servir à extraire ce dernier, dans le cas où il serait complètement détaché de la face interne de la matrice. Dans le cas contraire, et si le col restait entr'ouvert, on pourrait aller saisir le tout ou partie du placenta avec la pince à faux germe, en agissant d'ailleurs avec la plus grande prudence dans ce dernier cas. (*Voy*. pl. LXXI, fig. 2.)

Quant à la délivrance dans les trois derniers mois de la grossesse, elle diffère si peu de ce que nous avons exposé plus haut pour la délivrance à terme, que nous croyons superflu d'entrer dans de nouveaux détails à ce sujet.

C. *De la délivrance dans les cas de grossesse composée et à terme*. Les règles générales que nous avons établies pour la délivrance dans le cas de grossesse simple et à terme s'appliquent en grande partie à la délivrance de la grossesse composée ; mais elle en diffère cependant sous quelques rapports dont nous allons rendre compte.

Quoique en général, dans une grossesse composée, les enfans viennent au monde les uns après les autres, il ne s'ensuit pas néanmoins qu'on doive de même amener au dehors chaque placenta après chaque enfant ; la délivrance, dans ce cas, doit être unique au contraire, et tous les délivres doivent être amenés au dehors en même temps, en ayant soin seulement de tirer de préférence sur le placenta du premier enfant sorti, et successivement sur le deuxième, le troisième, etc., en admettant que la grossesse eût été double, triple, etc.

Délivrance artificielle.

Les circonstances qui nécessitent une délivrance artificielle sont très multipliées. Cependant on peut les réduire aux suivantes : 1° l'inertie de la matrice accompagnée ou précédée d'hémorrhagie, de convulsions ou de syncopes répétées ; 2° l'implantation du placenta sur l'orifice ou sur ses bords ; 3° l'enkistement du placenta, en partie ou en totalité ; 4° son adhérence contre nature.

A. *Adhérence contre nature du placenta*. Il arrive souvent qu'après l'accouchement même le plus naturel, on éprouve une difficulté insurmontable à extraire le placenta. Les tentatives les mieux dirigées, les frictions réitérées sur l'abdomen, rien ne peut décider le placenta à abandonner la face interne de l'utérus, à laquelle au contraire il reste étroitement

collé ; la matrice cependant est revenue sur elle-même ; la femme n'éprouve aucun accident, elle est calme et tranquille, mais elle n'est point délivrée et le temps se passe en expectation inutile. Dans cette circonstance assez extraordinaire, les praticiens conseillent d'attendre : nous ne sommes point de cet avis ; nous pensons tout le contraire, et la prudence exige, selon nous, une conduite tout opposée. Une fois l'enfant sorti de la matrice, le placenta n'est plus qu'un corps étranger, dont la présence trop long-temps prolongée dans la cavité utérine est trop souvent la source des plus graves accidens. D'après ces motifs, nous croyons qu'on doit sans crainte exécuter la délivrance artificielle, quand, après une heure ou deux au plus, le placenta n'est pas encore détaché de la matrice, et par conséquent la femme délivrée. Voici la manière d'y procéder.

La femme étant couchée, on saisit le cordon ombilical avec quelques doigts de la main gauche, et la main droite pénètre à l'instant même dans l'intérieur de la matrice ; conduite ainsi par le cordon ombilical, elle se dirige sans peine vers le lieu de l'implantation du placenta. Si cette masse spongieuse est adhérente dans tous les points de la surface utérine, on commence à la détacher sur le côté qui correspond à la main introduite ; et poursuivant ainsi l'opération, on parvient sans peine à la détacher complètement et à l'entraîner ensuite en totalité vers le col, en ayant soin d'entraîner en même temps les membranes et les caillots qui auraient pu se former dans la matrice.

Dans le cas où le placenta serait déjà en partie détaché, au moment où on introduirait la main dans la matrice pour délivrer la femme, il faudrait, pour ainsi dire, continuer le décollement du placenta par cette portion flottante. De cette manière, l'opération sera moins difficile pour l'homme de l'art et moins fatigante pour la mère. (*Voy.* pl. LXXI, fig. 1.)

B. *De la délivrance dans le cas d'inertie de la matrice.* Il est rare que l'inertie de la matrice qui survient avant que la femme ne soit délivrée, ne soit pas accompagnée ou d'hémorrhagie ou de syncopes répétées. Ce sont plus particulièrement ces derniers accidens qui nécessitent la délivrance artificielle ; la présence du placenta dans la cavité utérine devant être considérée le plus souvent comme la cause matérielle de cette inertie, et dans le cas même où cette dernière ne pourrait pas être rigoureusement attribuée à cette cause, on ne peut nier au moins que le séjour prolongé du placenta ne l'entretienne. Dans l'une ou l'autre de ces suppositions, on n'a qu'un parti raisonnable à prendre, c'est d'extraire le placenta en observant les précautions dont nous venons de faire mention. En procédant ainsi il en résulte au moins cet avantage, c'est qu'on peut alors employer contre l'inertie de la matrice, en admettant qu'elle existât encore après la sortie du placenta, les moyens nécessaires pour la faire cesser, ce qu'il ne serait pas toujours possible de faire avant la délivrance.

C. *De la délivrance dans le cas du placenta implanté sur l'orifice ou sur ses bords.* L'implantation du placenta sur l'orifice ou sur ses bords est une des circonstances les plus remarquables et les plus fâcheuses en même temps de la pratique des accouchemens. Ici la délivrance se fait quelquefois avant l'accouchement, et la sortie de l'enfant ne précède pas toujours celle du délivre. D'ailleurs, dans le cas qui nous occupe, ce n'est pas précisément la délivrance qui forme le point le plus important, c'est bien plutôt la sortie de l'enfant dont la vie est presque toujours éminemment compromise, quand déjà même sa mort n'est pas confirmée depuis long-temps.

Dans le cas où le placenta est implanté sur l'orifice, et que le travail commencé depuis quelque temps ne permet plus de différer la terminaison de l'accouchement, on ne doit pas ignorer qu'on ne peut parvenir à l'enfant qu'en passant à travers le placenta, ou bien, comme quelques praticiens l'ont conseillé, en le détachant circulairement au moyen de plusieurs doigts passés entre le corps spongieux et les parties de l'utérus voisines de son col ; mais ce dernier procédé nous a toujours paru hasardeux, souvent même impraticable, ce qui nous

engage à conseiller de préférence de passer sans crainte à travers le placenta, que l'on perfore nécessairement pour parvenir à l'enfant. Que peut-on craindre en employant une pareille méthode? de détacher le placenta ? c'est ce qu'on désire; de déchirer le placenta? mais c'est l'enfant qu'il faut sauver, mais c'est la mère qu'il faut soustraire aux effets d'une hémorrhagie qui dure depuis trop long-temps. L'accouchement une fois terminé, on s'occupe à l'instant même de ramasser les parties détachées du placenta pour les entraîner au dehors et en débarrasser complètement la matrice. Il est surtout une précaution à prendre dans ce cas, c'est d'employer promptement les moyens les plus énergiques pour rappeler la tonicité de la matrice : la femme est perdue si l'inertie persévère. (*Voy.* pl. LXX, fig. 1.)

Le cas n'est pas aussi grave ni le danger aussi pressant, quand le placenta n'est implanté que sur une partie des bords du col. La conduite de l'homme de l'art est aussi très différente, relativement à la manière d'opérer la délivrance, qui ne doit être effectuée, dans ce dernier cas, qu'après la terminaison de l'accouchement.

Pour agir avec méthode, et surtout dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, il faut avoir l'attention, pendant chaque douleur, d'écarter le placenta du col de la matrice, et de ne cesser cette manœuvre que lorsque les membranes se sont engagées à travers son ouverture et que la poche des eaux s'est bien formée. C'est alors qu'il faut rompre cette dernière après une vive douleur, pour que la tête de l'enfant, placée derrière, puisse s'engager à son tour à travers le col, et former ainsi une espèce de tampon naturel, qui sera pour le moment le meilleur comme le plus sûr moyen d'arrêter toute espèce d'hémorrhagie. (*Voy.* pl. LXX, fig. 2.)

D. *De la délivrance dans le cas de placenta enkisté ou chatonné.* Le placenta ne peut être chatonné ou enkisté que par suite d'une contraction partielle de la matrice, pendant que la portion sur laquelle le placenta se trouve fixé est elle-même dans une sorte d'inertie. La matrice est alors comme partagée en deux cavités inégales, dont l'une, plus près du col, est fortement contractée, et dont l'autre, qui est la plus éloignée, est dans le relâchement. Cette circonstance est assez fréquente dans la pratique, mais les suites en sont rarement dangereuses. Les indications que présente la délivrance dans ce cas sont à peu près celles de la délivrance avec adhérence contre nature du placenta. Ainsi, après avoir inutilement tenté de réveiller l'action utérine vers le lieu où s'est formé le kiste, il faut introduire la main dans la matrice, en la portant, à l'aide du cordon, jusqu'à l'endroit où le placenta se trouve renfermé. Si, comme cela arrive le plus fréquemment, une partie plus ou moins considérable du délivre était engagée et comme étranglée à travers l'espèce de col que forme la portion contractée de la matrice, il faudrait s'emparer de cette portion libre du placenta, pour entraîner le reste au dehors, en ménageant les tractions que l'on croirait devoir exercer à cet effet. Si au contraire la masse entière du placenta était tellement renfermée dans la poche utérine, qu'on ne pût en saisir aucune portion pour opérer la délivrance, il faudrait, par une dilatation forcée, pénétrer dans la poche où se trouve renfermé le placenta, afin d'en opérer le décollement artificiel et l'entraîner au dehors. (*Voy.* pl. LXXI, fig. 2.)

E. *De quelques autres circonstances de délivrance artificielle.* Les opérations que l'on pratique sur l'enfant n'amènent pas précisément de circonstances particulières pour la délivrance qui s'opère le plus ordinairement, dans ce cas, comme dans l'accouchement le plus naturel; il en est de même de l'opération de la symphyse, à la suite de laquelle la délivrance, comme dans le cas précédent, peut s'opérer de la manière la plus simple et la plus naturelle. Il n'y a donc que l'opération césarienne qui, sous ce rapport, présente quelques indications particulières; mais nous pouvons nous dispenser d'en parler ici, en ayant fait mention à l'article de cette opération.

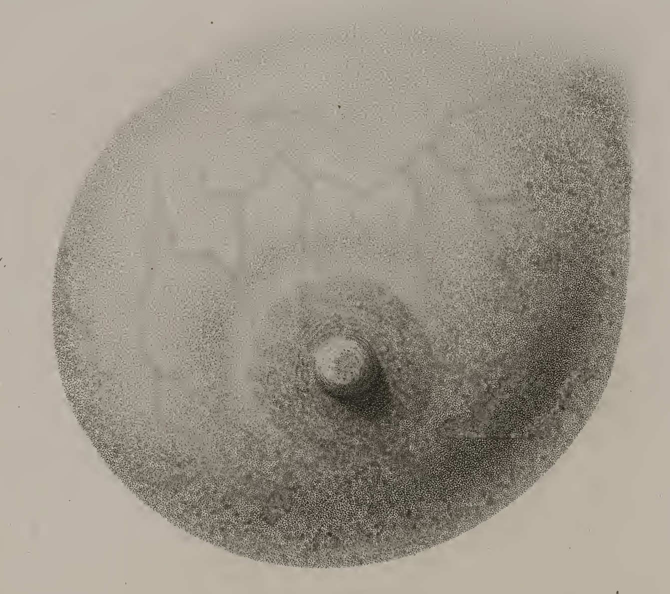
Allaitement.



A. Chazal del.

Couché fils dir.

Fig. 1.

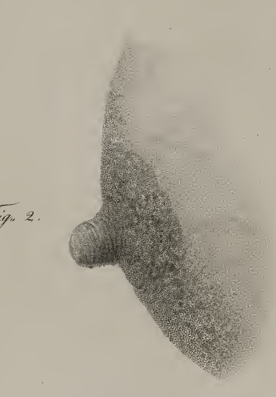


Mamelle gonflée par le lait.

Fig. 4.

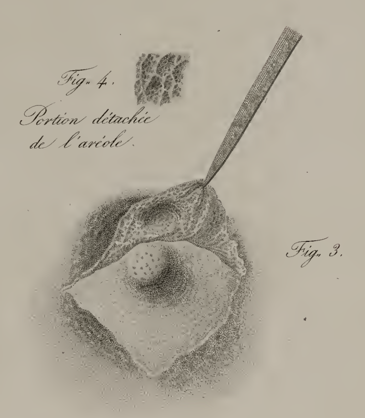
Portion détachée de l'aréole.

Fig. 2.



Papile d'une femme qui nourrit.

Fig. 3.

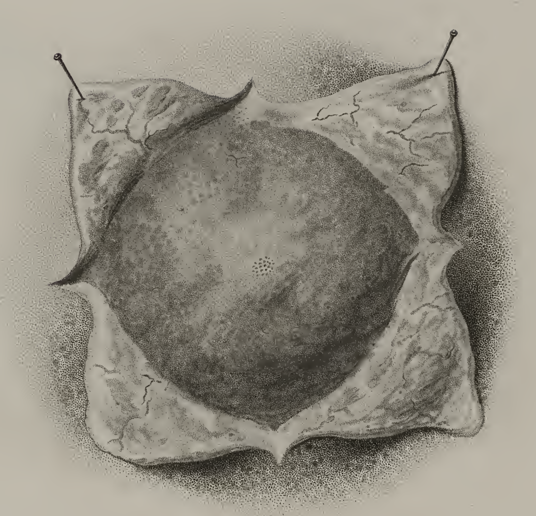


Préparation spéciale de l'aréole.

A. Chazal del.t

Couché fils dir.t

Fig. 1.



Glande mammaire à découvert.

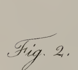
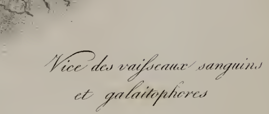


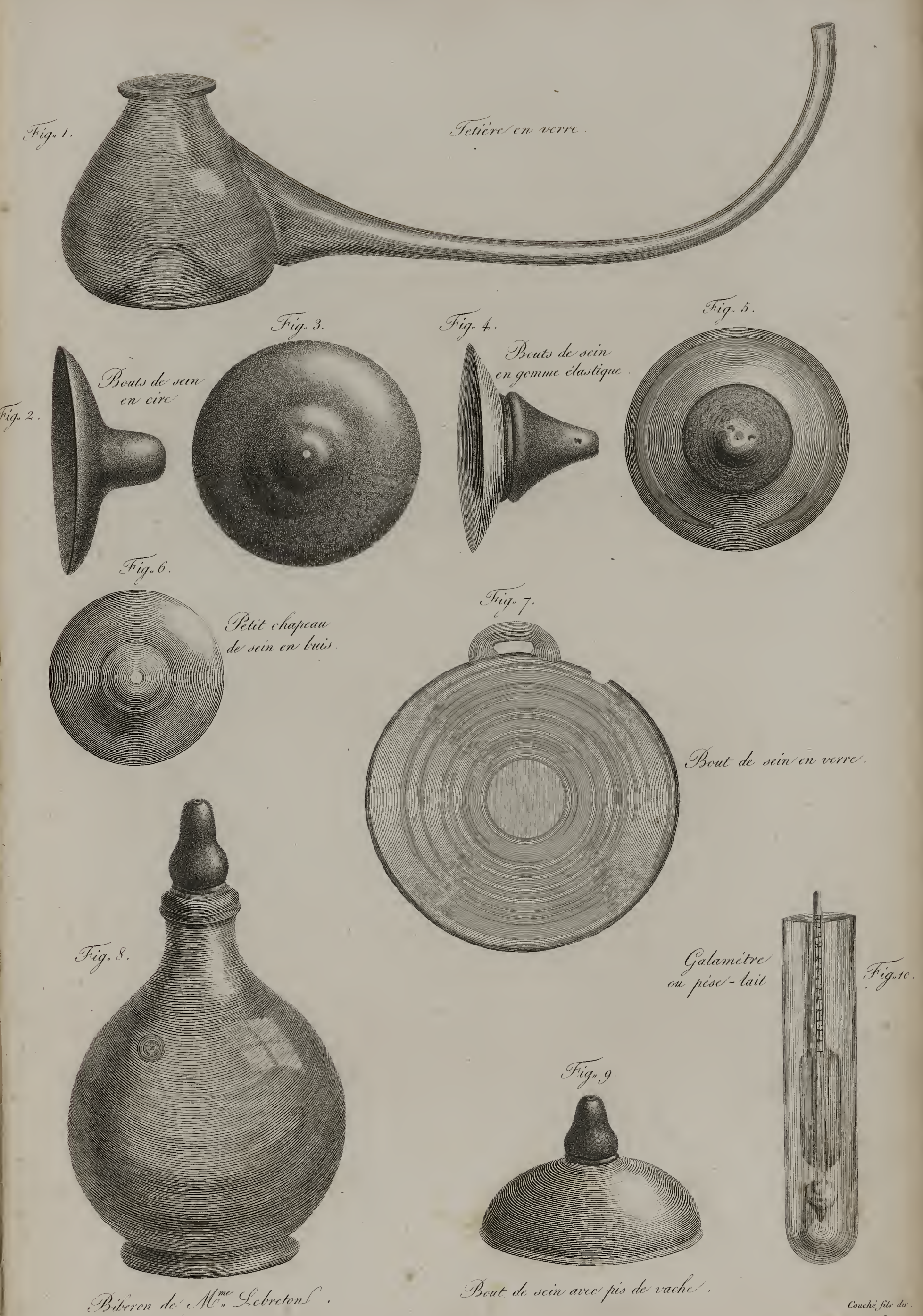
Fig. 2.



Vüe des vaisseaux sanguins et galaitophores

J. Chazal del.

Couché fils dir.



A. Chazal del. Couché fils dir.

DE L'ALLAITEMENT.

Les organes de la génération ne se sont pas plus tôt débarrassés du produit de la conception, que leurs fonctions cessent à l'instant même; mais la vive irritation qui s'en était emparée pendant la grossesse ne disparaît pas entièrement : un autre système d'organes, qu'une étroite sympathie lie à ceux de la génération, devient alors le siége et comme le rendez-vous de tous les efforts de la nature, attentive surtout à la conservation de l'enfant.

Pour arriver à ce but, elle dépose dans les mamelles une humeur douce, sucrée, riche en principes nutritifs, susceptible de s'échapper avec la plus grande facilité des canaux qui la renferment, et que la moindre succion de l'enfant, que la plus petite titillation fait couler abondamment au dehors. L'allaitement résulte de l'ensemble de ces phénomènes.

Description des mamelles. Les mamelles, peu développées chez les jeunes filles, prennent un accroissement très rapide vers l'âge de la puberté; alors elles s'élèvent, deviennent demi-sphériques, s'écartent l'une de l'autre, et présentent une consistance assez ferme, qui disparaît chez les femmes qui ont eu des enfans et qui ont allaité.

La peau qui les recouvre est blanche, tendre et douce au toucher; il s'élève du centre une partie prolongée appelée le *mamelon,* qu'entoure l'aréole, l'un et l'autre d'un rouge tendre chez les filles, et d'une couleur brunâtre chez les femmes. (*Voy.* pl. LXXVIII, fig. 2.)

Les mamelles sont spécialement composées de la glande mammaire, des canaux galactophores, du mamelon ou papille, et de l'aréole.

La glande mammaire occupe le centre de la mamelle; elle est entourée et comme enchâssée dans un amas de tissu cellulaire graisseux, dont une portion pénètre et s'engage même dans son propre tissu.

La couleur de la glande est d'un gris rougeâtre, sa consistance assez ferme, et sa forme globuleuse. Les vaisseaux qui la parcourent sont très déliés, et l'on ne parvient à les injecter qu'avec une extrême difficulté. (*Voy.* pl. LXXIX, fig. 1 et 2.)

Le mamelon se présente sous la forme d'un corps allongé, arrondi, recouvert d'une peau rugueuse, crevassée, d'une couleur plus ou moins foncée chez les femmes qui ont eu des enfans; il est entouré à sa base par un cercle de la même couleur, appelé l'*aréole;* cette dernière est recouverte d'une surface épidermoïde de la même nature que celle qui enveloppe le mamelon.

La macération détache facilement cette espèce particulière d'épiderme, qui n'est réellement qu'une portion sur-ajoutée au véritable épiderme de ces parties. (*Voy.* pl. LXXVIII, fig. 3 et 4.)

En fendant par le centre du mamelon la mamelle d'une femme nouvellement accouchée ou qui nourrissait, et en écartant les deux portions divisées, on peut observer, avec la loupe, la direction, le nombre et la forme des canaux galactifères, qui sont au nombre de quinze. Très larges dans le corps de la glande, ils diminuent sensiblement à mesure qu'ils se dirigent vers la papille, où ils se terminent : de leur embouchure on fait jaillir facilement des gouttelettes de lait. (*Voy.* pl. LXXIX, fig. 2.)

On peut diviser l'allaitement en naturel et en artificiel. On appelle allaitement naturel celui qui est dans le vœu de la nature; il suppose, de la part de l'enfant, l'application immédiate de sa bouche à un mamelon quelconque, d'où il tire sa nourriture par un acte particulier connu sous le nom de *succion.*

L'allaitement artificiel est un mode, une manière particulière de suppléer à l'allaitement naturel, et de transmettre à l'enfant, par des moyens artificiels, les alimens propres à le nourrir au moment de sa naissance.

Allaitement naturel. On en distingue trois espèces : l'allaitement maternel, l'allaitement étranger, et celui qui s'obtient par l'intermédiaire de quelques animaux.

L'allaitement maternel est le plus conforme au vœu de la nature ; c'est l'allaitement par excellence : il n'a besoin d'aucuns préceptes de la part de la Médecine, ni d'aucune étude de la part de l'enfant ; il suffit que la mère présente le sein à ce dernier, pour qu'il le saisisse aussitôt, et qu'il en fasse jaillir à l'instant même la quantité la plus abondante du lait dont il doit se nourrir. On ne sait ce qui doit le plus surprendre dans l'ensemble des phénomènes de l'allaitement maternel, ou de la précision et de l'exactitude avec lesquelles tout est coordonné pour que cette fonction s'accomplisse sans obstacle, ou de l'accord et de l'espèce de sympathie qui existe entre la mère et l'enfant, de manière que l'un veut toujours avec plaisir ce que l'autre désire avec ardeur.

L'allaitement étranger est proprement dit l'allaitement mercenaire. Dans ce dernier cas, celle qui nourrit l'enfant n'est point sa propre mère, c'est une nourrice étrangère. Ce mode d'allaitement ne présente un si grand nombre d'inconvéniens que par rapport au mauvais choix des nourrices.

Voici les règles les plus générales qu'il faut observer à cet égard :

Une bonne nourrice doit avoir de 20 à 30 ans ; plutôt brune que blonde, elle doit offrir toutes les apparences d'une brillante santé, être d'un caractère enjoué, manger avec appétit et digérer facilement ; son œil doit être animé, ses dents blanches, les gencives fermes, d'une couleur rosée, les lèvres vermeilles et l'haleine douce.

L'examen du sein demande une attention particulière.

Les mamelles d'une bonne nourrice doivent être gonflées par le lait qui les remplit, séparées l'une de l'autre par un intervalle assez marqué ; elles doivent être allongées en forme de bouteille, suspendues et légèrement inclinées en dehors. Des stries bleuâtres doivent se faire apercevoir à travers le tissu léger de la peau qui les recouvre.

Le bout (mamelon) doit être allongé, un peu gonflé, et sa surface recouverte d'une humectation légère, lorsque l'enfant qui vient de téter l'abandonne. Le lait doit couler facilement à travers les embouchures de ses canaux galactophores. (*Voy.* pl. LXXVII.)

Le lait lui-même, examiné en gouttelettes sur le plan incliné d'un vase quelconque, doit être d'un blanc de perle, transparent ; chaque goutte doit couler avec lenteur, sans se dissocier. Porté sur les lèvres, il doit y laisser l'impression d'une saveur très peu sucrée ; et vers la fin de la dégustation, un goût de noisette.

Lorsqu'on se décide à donner un enfant nouveau-né à une nourrice étrangère, il ne faut pas qu'il la tète immédiatement après sa naissance, comme on le fait pour l'allaitement maternel ; il faut attendre, au contraire, que l'enfant se soit débarrassé de son méconium, ce qui exige toujours un ou deux jours au moins.

L'allaitement à l'aide des animaux est peu usité ; on ne doit le mettre en pratique que dans des circonstances où les autres moyens d'élever les enfans ne peuvent convenir. Les animaux propres à cet usage sont particulièrement la chèvre, la brebis et l'ânesse ; la grosseur du pis des autres grands animaux domestiques, et leur indocilité, ne permettent point de les faire servir au même but.

Allaitement artificiel. L'allaitement artificiel présente cela de désavantageux, qu'étant soumis à la volonté et même au caprice des personnes chargées de ce mode particulier d'élever les petits enfans, il offre, sous ce rapport, mille inconvéniens que n'a point l'allaitement naturel.

On doit surtout être pénétré de cette vérité, que l'allaitement artificiel, pour remplir

les conditions d'une nourriture salutaire, doit se rapprocher le plus possible de l'allaitement naturel, non-seulement pour les qualités du lait, mais aussi pour le temps et les heures de donner à boire à l'enfant.

Il existe plusieurs modes d'allaitement artificiel. Tantôt on présente à l'enfant un gobelet, une tasse (*allaitement au petit pot*), dans lesquels se trouve la boisson qu'on leur destine. Ce procédé a plusieurs inconvéniens, qui doivent lui faire préférer la petite bouteille, dans le goulot de laquelle on engage une portion allongée d'éponge, que l'on recouvre d'un linge fin. On la présente ainsi à l'enfant, qui, trompé par les apparences, croit sucer un véritable mamelon.

Madame Lebreton, sage-femme à Paris, a imaginé, dans ces derniers temps, une bouteille d'une forme particulière, qui paraît réunir tous les avantages. (*Voy.* pl. LXXX, fig. 6.)

Instrumens à l'usage de l'allaitement, soit naturel, soit artificiel.

N° 1. *Tétière à pompe ou à goulot.* Cette tétière, de verre, est destinée à donner aux jeunes femmes qui veulent nourrir les moyens de former les bouts de leur sein, et de préparer ainsi ces derniers à être plus facilement saisis par l'enfant au moment de sa naissance. Pour en faire usage, on applique, d'une part, le goulot de la bouteille sur le mamelon qu'il embrasse, et de l'autre, la femme saisit avec les lèvres son extrémité recourbée, sur laquelle elle exerce une espèce de succion, en pompant l'air contenu dans la bouteille, et en formant ainsi le vide. Le bout s'érige alors, s'allonge; et en répétant cette petite manœuvre plusieurs jours consécutifs, ce bout se trouve suffisamment préparé pour que l'enfant n'éprouve aucune difficulté à exercer la succion.

N°s 2, 3, 4, 5. *Bouts de sein.* Tous ces instrumens, en forme de petits chapeaux, sont destinés à peu près aux mêmes usages. Les uns en cire, en buis, en gomme élastique (n°s 1, 2, 3), sont appliqués sur le mamelon immédiatement après que l'enfant l'a abandonné, pour le préserver de l'action du froid, surtout quand il y a des crevasses, ou bien pour émousser la sensibilité trop vive dont il est doué, et le préserver du frottement des vêtemens, etc.

Les bouts (n° 4) sont surmontés d'un chapiteau en gomme élastique, percé de plusieurs petits trous. On peut en faire usage dans le cas d'excoriation du mamelon, de fortes crevasses. La chaleur de la mamelle, sur laquelle on les applique, ramollit la gomme élastique, et le lait peut, à la rigueur, passer à travers les trous dont elle est perforée, et de là passer dans la bouche de l'enfant.

Ce mode est difficile; le plus ordinairement l'enfant ne s'y prête point.

Les bouts (n° 5) sont des espèces de bouteilles aplaties (tétières), qu'on applique sur les bouts des femmes qui ont trop de lait; on les laisse en place dans l'intervalle de chaque succion, et on les vide à volonté à mesure qu'elles se remplissent.

Il se trouve un petit anneau sur la circonférence, destiné à recevoir un lien quelconque, à l'aide duquel on peut suspendre la tétière au cou de la femme.

N°s 6, 7. Ce sont les appareils imaginés par madame Lebreton. Le n° 6 est une véritable bouteille, de la capacité de 8 à 10 onces de liquide, dont le goulot est façonné de la manière la plus convenable pour la succion de l'enfant; ce goulot est surmonté d'un mamelon artificiel (véritable pis de vache), que l'enfant saisit sans peine, et d'où le lait s'échappe avec la plus grande facilité.

Pour en hâter la sortie, et pour que l'enfant ne fasse aucun effort pour l'attirer, la bouteille est percée, dans les environs de sa base, d'une petite ouverture circulaire, destinée à permettre l'entrée de l'air extérieur, qui, agissant par sa pesanteur sur la masse du liquide, en rend la succion d'une facilité extrême.

Le n° 7 est une préparation spéciale d'un pis de vache, qui peut être appliqué sur le goulot de toutes les bouteilles que l'on destine à l'allaitement artificiel de l'enfant.

Le n° 8 est aussi un instrument nouveau, imaginé par M. Richer, mécanicien, et qu'il appelle *galamètre*. Cet instrument est destiné à donner la mesure de la pesanteur d'un lait quelconque, et particulièrement de celui de la femme; il se compose d'un petit cylindre métrique, terminé, comme tous les pèse-liqueur par une petite boule creuse, dans laquelle se trouve une quantité déterminée de mercure.

Voici le tableau des expériences tentées sur le lait de femme, accompagnées des observations qui y sont relatives.

AGES DES FEMMES.	PESANTEUR Spécifique DE LEUR LAIT.	OBSERVATIONS.
22 à 24 ans.	9 $\frac{1}{3}$ à 10 degrés.	1°. La pesanteur spécifique du lait de femme est en raison de l'âge de la femme, et non de sa constitution.
26 à 28	8 à 9	2°. Si le lait perd sa qualité en vieillissant, il est certain que sa pesanteur spécifique reste la même.
30 à 32	8 faibles.	3°. Le lait d'une blonde est plus pesant que celui d'une brune.
34 à 36	6 à 7	4°. Le lait de vache est beaucoup plus léger que celui de la femme, et sa pesanteur spécifique diminue également en raison de l'âge, et non de la constitution de la vache.
40 à 45	4 à 5	

Le lait est la nourriture spéciale et, pour ainsi dire, exclusive de l'enfant pendant toute la première année de sa naissance; mais, comme dans l'allaitement artificiel, on est obligé de suppléer par des laits étrangers celui de la propre mère de l'enfant, nous avons cru devoir placer ainsi une espèce d'échelle de proportion de toutes les espèces de lait dont on peut faire usage, en les indiquant d'après la force et la richesse de leurs produits.

A la tête se trouve nécessairement le lait de vache, qui n'est pas seulement le plus riche en produits, mais aussi le plus abondant, et qui, sous ce dernier rapport, offre toutes les ressources imaginables. On ne peut point le donner à l'enfant tel que l'animal le fournit; il est indispensable de le couper et de l'affaiblir dans les proportions de la force et de l'âge de l'enfant.

Lorsqu'on s'en sert pour l'allaitement artificiel, il faut veiller à ce qu'il soit toujours fourni par la même vache.

Le lait de chèvre vient ensuite; moins abondant en principes que le lait de vache, il offre cependant de grands avantages, soit comme première nourriture pour l'enfant, soit comme moyen médicinal. On le donne, en effet, avec beaucoup de succès dans toutes les affections de poitrine.

Voici l'ordre dans lequel peuvent être placées les autres espèces de lait :

1° Celui de femme, 2° de jument, 3° d'ânesse, 4° de brebis.

Il suit de cette exposition, que, pour l'allaitement artificiel, on doit préférer le lait de vache et celui de chèvre à tous les autres.

FIN.

TABLE

DES MATIÈRES.

DES PLANCHES.

TABLE DES MATIÈRES ET DES PLANCHES.

FIN DE LA TABLE.

